

Université de Montréal

**L'effet des pratiques parentales sur la relation entre le
tempérament et la manifestation de symptômes
traumatiques chez les enfants maltraités**

par Rhéanne Lachance-Guay

Département de psychopédagogie, Université de Montréal

Faculté des sciences de l'éducation

Mémoire présenté

En vue de l'obtention du grade de maîtrise

En psychopédagogie

Option recherche

Décembre 2019

© Rhéanne Lachance-Guay, 2019

Ce mémoire intitulé

**L'effet des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et la manifestation
de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités**

Présenté par

Rhéanne Lachance-Guay

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Nadia Desbiens, Ph. D.

Directrice de recherche

François Bowen, Ph. D.

Membre du jury

Serge Larivée, Ph. D.

Membre du jury

Résumé

La présente étude vise à mieux comprendre comment les pratiques parentales se conjuguent au tempérament de l'enfant pour rendre compte des symptômes traumatiques susceptibles d'être manifestés par les enfants dont le signalement à la protection de la jeunesse a été jugé fondé pour maltraitance. Dans cette optique, nous nous sommes intéressés au lien corrélationnel existant entre ces variables d'intérêt et avons également exploré deux modèles pour vérifier dans quelle mesure les pratiques parentales peuvent agir comme médiateur ou modérateur dans la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un plus vaste projet de recherche intitulé : *Parcours d'enfants en contexte d'adversité : étude sur les facteurs d'influence des trajectoires d'adaptation à l'âge scolaire*. Pour la présente étude, l'échantillon se compose de 20 duos parents-enfants habitant dans les régions de Montréal et de Québec. Le parent a été invité à compléter trois questionnaires (*Children Behavior Questionnaire-Very Short Version*, *Parenting Scale* et *Trauma Symptom Checklist for Young Children*) visant à mesurer leur perception sur les trois variables, alors que l'enfant a seulement complété le *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. L'analyse des régressions linéaires a permis de détecter certaines relations significatives entre les sous-échelles composant le tempérament et les différentes dimensions évaluées par le questionnaire des symptômes traumatiques. Par ailleurs, les analyses de médiation et de modération effectuées afin d'explorer le rôle transactionnel ou interactionniste des pratiques parentales dans la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques n'ont pas permis de statuer le mécanisme par lequel les pratiques parentales peuvent intervenir dans la relation entre tempérament et manifestations de symptômes traumatiques chez les enfants signalés pour maltraitance. La petitesse de l'échantillon pourrait certainement être en cause dans les résultats non significatifs obtenus. Ces résultats sont discutés à la lumière des écrits scientifiques sur le sujet. Finalement, les limites et les apports pour les futures recherches sont également soulevés.

Mots-Clés : maltraitance, enfant, pratiques parentales, tempérament, symptômes traumatiques, effet médiateur et modérateur

Abstract

The purpose of this study is to better understand how parenting practices combined with the child's temperament can account for traumatic symptoms that may be manifested by children who have been found to be maltreated for youth protection. With this in mind, we investigated the correlational relationship between these variables of interest and also explored two models to test the extent to which parenting practices can mediate or moderate the relationship between temperament and traumatic symptoms. This study is part of a broader research project entitled : *Parcours d'enfants en contexte d'adversité : étude sur les facteurs d'influence des trajectoires d'adaptation à l'âge scolaire*. For this study, the sample consists of 20 parent-child pairs living in the Montreal and Quebec City areas. The parents were asked to complete three questionnaires (*Children Behavior Questionnaire-Very Short Version*, *Parenting Scale* and *Trauma Symptom Checklist for Young Children*) to measure their perception of the three variables, while the children only completed the *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. The analysis of linear regressions made it possible to detect certain significant relationships between the subscales composing the temperament and the different dimensions evaluated by the questionnaire of traumatic symptoms. In addition, the analyses of mediation and moderation carried out in order to explore the transactional or interactional role of parenting practices in the relationship between temperament and traumatic symptoms have not allowed us to determine the mechanism by which parenting practices can intervene in the relationship between temperament and manifestations of traumatic symptoms in children reported for maltreatment. The small size of the sample could certainly be involved in the non-significant results obtained. These results are discussed in light of the scientific literature on the subject. Finally, the limitations and contributions for future research are also raised.

Keywords: abuse, children, parenting practices, temperament, traumatic symptoms, mediator and moderator effects

Tables des matières

Tables des matières	v
Liste des Figures	x
Liste des Tableaux	xi
Liste des acronymes	xiii
Chapitre 1 : La problématique	1
1.1 Contexte de recherche	2
1.1.1 Définition de la maltraitance.....	3
1.1.2 Maltraitance : quelques données.....	5
1.1.3 Définition des pratiques parentales.....	7
1.1.4 Pratiques parentales : quelques données.....	7
1.1.5 Définition des traumatismes	9
1.1.6 Symptômes traumatiques : quelques données.....	12
1.1.7 Définition du tempérament	13
1.1.8 Tempérament et pratiques parentales.....	14
1.2 Recension des écrits.....	15
1.2.1 Recherches relatives au lien entre la maltraitance et les symptômes traumatiques .	17
1.2.1.1 Synthèse des recherches.....	20
1.2.2 Recherches relatives au lien entre la maltraitance et les pratiques parentales	20
1.2.2.1 Synthèse des recherches.....	22
1.2.3 Recherches relatives au lien entre la maltraitance et le tempérament	22
1.2.3.1 Synthèses des recherches	23
1.2.4 Recherches relatives au lien entre les pratiques parentales et le tempérament.....	24
1.2.4.1 Synthèse des recherches.....	26

1.2.5 Recherches relatives au lien entre les pratiques parentales et les symptômes traumatiques	26
1.2.6 Recherches relatives au lien entre le tempérament et les symptômes traumatiques	27
1.3 Pertinence scientifique	28
1.4 Question générale de recherche	29
Chapitre 2 : Le cadre théorique	32
2.1 Pratiques parentales	33
2.1.1 Introduction	33
2.1.2 Modèle des déterminants du parentage : Un processus de fonctionnement	36
2.1.3 Recherches	41
2.1.4 Résumé	43
2.2 Tempérament	44
2.2.1 Modèle du tempérament de Rothbart	47
2.2.2 Résumé	52
2.3 Symptômes traumatiques	53
2.3.1 Traumatologie développementale	54
2.3.2 Résumé	56
2.4 Psychopathologie développementale	57
2.5 Modèle de cette étude	60
2.6 Questions et objectifs de recherche	63
2.7 Hypothèses de recherche	64
Chapitre 3 : La méthodologie	66
3.1 Participants	67
3.1.1 Caractéristiques	67
3.1.2 Recrutement	68

3.1.3 Consentement.....	68
3.2 Devis de recherche.....	69
3.3 Instruments de mesure	70
3.3.1 Parenting Scale.....	71
3.3.1.1 Questionnaire	71
3.3.1.2 Propriétés psychométriques	72
3.3.2 Trauma Symptom Checklist for Young Children.....	73
3.3.2.1 Questionnaire	74
3.3.2.2 Propriétés psychométriques	75
3.3.3 Children Behavior Questionnaire	75
3.3.3.1 Questionnaire	76
3.3.3.2 Propriétés psychométriques	76
3.3.3.3 Children Behavior Questionnaire-Very Short Form.....	77
3.3.3.3.1 Propriétés psychométriques	77
3.3.3.3.2 Avantages.....	78
3.3.4 Résumé des instruments de mesure	78
3.3.5 Instruments de mesure supplémentaires	80
3.4 Procédure	80
3.4.1 Moment de passation des questionnaires.....	80
3.4.2 Contexte et démarche de passation des questionnaires.....	81
3.4.2.1 Avant les entretiens.....	81
3.4.2.2 Pendant l’entretien, avec le parent	82
3.4.2.3 Pendant l’entretien, avec l’enfant	82
3.4.2.4 Après l’entretien.....	83
3.5 Méthodes d’analyse	83

3.6 Précautions éthiques.....	84
Chapitre 4 : Résultats	85
4.1 Analyses descriptives.....	87
4.1.1 Échantillon	87
4.1.2 Statistiques descriptives – Symptômes traumatiques	92
4.1.3 Statistiques descriptives - Pratiques parentales.....	95
4.1.4 Statistiques descriptives - Tempérament	96
4.2 Analyses de régression.....	97
4.2.1 Régression linéaire simple entre le tempérament et les symptômes traumatiques ..	97
4.2.2. Régressions linéaires simples entre les échelles des questionnaires.....	100
4.2.2.1 Extraversion & Stress post-traumatique manifesté par l'évitement	102
4.2.2.2 Émotivité Négative & Dissociation	103
4.2.2.3 Émotivité Négative & Anxiété.....	105
4.2.2.4 Émotivité Négative & Total des scores des symptômes traumatiques	106
4.3 Analyses de médiation	108
4.4 Analyses de modération.....	109
4.4.1 Régression linéaire multiple	110
4.4.2 Ajout du modérateur dans la régression linéaire multiple	112
4.5 Synthèse des résultats	113
Chapitre 5 : Discussion	115
5.1 Pratiques parentales : Représentatives de la population?	117
5.2 Symptômes traumatiques : Présence significative de stress post-traumatique?	119
5.3 Tempérament : Facile ou difficile.....	120
5.4 Régressions	122
5.4.1 Corrélation non significative.....	122

5.4.2 Émotivité négative et Extraversion.....	123
5.5 Exploration de l'effet médiateur et modérateur des pratiques parentales.....	124
5.6 Limites et apports de l'étude.....	125
6 : Conclusion.....	129
Bibliographie.....	131
Annexe A : Formulaire d'information et de consentement pour les parents	150
Annexe B : Formulaire d'assentiment de l'enfant	157
Annexe C : Histogrammes et graphiques.....	159
Annexe D : Tableaux et graphiques des régressions linéaires simples significatives	163

Liste des Figures

Figure 1 : Modèle médiateur de la recherche.....	29
Figure 2 : Modèle modérateur de la recherche	30
Figure 3 : Modèle des déterminants du parentage : Un processus de fonctionnement (Belsky, 1984)	37
Figure 4 : Parties du modèle de Belsky retenues pour cette étude.....	43
Figure 5 : Modèle du tempérament (Rothbarth, 1991)	48
Figure 6 : Parties du modèle du tempérament retenues dans cette étude.....	52
Figure 7 : Modèle des symptômes de l'état du stress post-traumatique (De Bellis, 2001).....	55
Figure 8 : Parties du modèle de traumatologie développementale retenues pour cette étude ..	56
Figure 9 : Modèle transactionnel en psychopathologie développementale (Perret et Faure, 2006)	58
Figure 10 : Modèle de la présente étude	60
Figure 11 : Schéma de causalité entre les variables à l'étude.....	62
Figure 12 : Histogramme des résidus standardisés de la régression linéaire simple	98
Figure 13 : Tracé P-P normal de régression des résidus standardisés de la régression linéaire simple.....	98

Liste des Tableaux

Tableau I : Mots-clés utilisés aux fins des recherches.....	16
Tableau II : Modèle des déterminants du parentage selon les différentes conditions (Belsky, 1984)	40
Tableau III : Différents cadres théoriques du tempérament.....	46
Tableau IV : Notions de la théorie du tempérament de Rothbart et collègues utilisées ou non dans cette étude	51
Tableau V : Résumés des instruments de mesure	79
Tableau VI : Calendrier du projet de recherche Parcours d'Enfants (Desbiens, 2017)	81
Tableau VII: Données sociodémographiques des parents de la présente étude.....	89
Tableau VIII : Données sociodémographiques des enfants de la présente étude	91
Tableau IX : Statistiques descriptives du Trauma Symptom Checklist for Young Children	93
Tableau X : Statistiques des moyennes des scores T du Trauma Symptom Checklist for Young Children.....	94
Tableau XI : Statistiques descriptives <i>Parenting Scale</i>	96
Tableau XII : Statistiques descriptives du <i>Children Behavior Questionnaire Very-Short Form</i>	97
Tableau XIII : Régression linéaire entre le tempérament et les symptômes traumatiques	99
Tableau XIV : ANOVA de la régression linéaire entre le tempérament et les symptômes traumatiques.....	99
Tableau XV : Coefficients de la régression linéaire entre le tempérament et les symptômes traumatiques.....	100
Tableau XVI : Corrélations de Pearson (r) et seuils de signification (p) des combinaisons entre les échelles des questionnaires sur le tempérament et les symptômes traumatiques	101
Tableau XVII : Régression linéaire entre l'extraversion et l'évitement	102
Tableau XVIII : ANOVA de la régression linéaire entre l'extraversion et l'évitement	102
Tableau XIX : Coefficients de la régression linéaire entre l'extraversion et l'évitement	103
Tableau XX : Régression linéaire entre l'émotivité négative et la dissociation	104

Tableau XXI : ANOVA de la régression linéaire entre l'émotivité négative et la dissociation	104
Tableau XXII : Coefficients de la régression linéaire entre l'émotivité négative et la dissociation	104
Tableau XXIII : Régression linéaire entre l'émotivité négative et l'anxiété	105
Tableau XXIV : ANOVA de la régression linéaire entre l'émotivité négative et l'anxiété ...	105
Tableau XXV : Coefficients de la régression linéaire entre l'émotivité négative et l'anxiété	106
Tableau XXVI : Régression linéaire entre l'émotivité négative et le total des scores des symptômes traumatiques.....	107
Tableau XXVII : ANOVA de la régression linéaire entre l'émotivité négative et le total des scores des symptômes traumatiques	107
Tableau XXVIII : Coefficients de la régression linéaire entre l'émotivité négative et le total des scores des symptômes traumatiques	107
Tableau XXIX : Régression linéaire multiple	111
Tableau XXX : ANOVA de la régression linéaire multiple	111
Tableau XXXI : Coefficients de la régression linéaire multiple.....	112
Tableau XXXII : Régression linéaire multiple avec l'ajout du modérateur	112
Tableau XXXIII : ANOVA de la régression linéaire multiple avec l'ajout du modérateur ...	112
Tableau XXXIV : Coefficients de la régression linéaire multiple avec l'ajout du modérateur	113

Liste des acronymes

CBQ : *Children Behavior Questionnaire*

CBQ-VSF : *Children Behavior Questionnaire-Very Short Form*

CÉR : Comité d'éthique de la recherche

CÉRAS : Certificat d'éthique du comité d'éthique de la recherche en arts et sciences

CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

CJ : Centre Jeunesse

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ERIC : *Education Resources Information Center*

ÉSPT : État de stress post-traumatique

NYLS : *New York Longitudinal Study*

TSCYC : *Trauma Symptom Checklist for Young Children*

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

Remerciements

Ce parcours qu'est la rédaction d'un mémoire de maîtrise n'aurait pas été le même sans le soutien et le support de tous ceux qui m'ont encouragée et motivée dans cette belle aventure. Je désire d'abord remercier ma directrice de recherche Nadia Desbiens qui m'a guidé à travers les embuches que cette recherche a subies. Je la remercie aussi pour son support, sa disponibilité et sa confiance en moi. Je souhaite aussi remercier les membres de mon jury, François Bowen et Serge Larivée pour leurs conseils et suggestions qui m'ont aidé à améliorer mon mémoire. Un gros merci à mes professeurs François Bowen, Sébastien Béland et Isabelle Montésinos-Gelet pour leurs commentaires et recommandations. Je tiens à souligner l'énorme soutien de ma famille, de mes amis et de mon conjoint Gérémy. Ils ont été présents pour me supporter dans les bons moments comme dans les mauvais. La réalisation de ce mémoire m'a permis de grandir non seulement comme chercheuse, mais aussi comme personne. Enfin, je souhaite remercier les familles qui ont ouvert leurs portes à ce merveilleux projet.

Chapitre 1

La problématique

Cette problématique analyse et met en contexte les pratiques parentales, les symptômes traumatiques et le tempérament chez des enfants de 6 à 9 ans ayant subi de la maltraitance. L'objectif poursuivi de cette section est de rendre compte de la situation à l'étude et de convaincre de la pertinence du problème, c'est-à-dire de déterminer l'écart qui existe entre ce que nous savons et ce que nous devrions savoir. Une mise en contexte du problème, un état des connaissances entourant ce dernier et l'importance de ce projet de recherche dans la littérature scientifique sont détaillés, afin de rédiger des questions de recherche spécifiques découlant de la question générale.

1.1 Contexte de recherche

La maltraitance est une problématique sociale importante qui touche plusieurs enfants, principalement chez les 0-5 ans, mais aussi les enfants d'âge scolaire (6-12 ans). Ces jeunes sont à risque de développer des difficultés et d'autres problèmes affectant leur fonctionnement, d'autant plus lorsque la maltraitance est perpétrée par les parents, lesquels constituent les principales figures d'attachement pour l'enfant. Plusieurs auteurs identifient la maltraitance comme un traumatisme de nature relationnelle du fait que les parents, principaux donneurs de soin de l'enfant, devraient en toute logique être les adultes qui assurent la sécurité de l'enfant (De Bellis, 2005 ; Schore, 2001). Les effets seraient donc encore plus délétères dans ces circonstances et c'est pourquoi, malgré les nombreuses connaissances sur le phénomène de la maltraitance, il demeure important de poursuivre la recherche autour de cette problématique. Plusieurs chercheurs s'intéressent donc à l'impact de la maltraitance sur les trajectoires développementales des jeunes (Cook et al., 2005 ; De Bellis, 2005 ; Perry, 2008). Plus particulièrement, ce mémoire vise à approfondir les connaissances sur les liens entre les pratiques parentales, la manifestation de symptômes traumatiques et le tempérament des enfants dont le signalement pour maltraitance a été jugé fondé par les services de protection de l'enfance.

Cette section définit les trois concepts centraux de l'étude, soit les pratiques parentales, les symptômes traumatiques et le tempérament. D'emblée, une définition de la maltraitance et des différentes formes de maltraitance est abordée. Chaque définition est accompagnée et appuyée

par des études et des données statistiques afin de démontrer l'ampleur et l'importance de cette problématique au sein de la société d'aujourd'hui.

1.1.1 Définition de la maltraitance

Le concept de maltraitance est très large et peut être défini selon plusieurs perspectives, telles que la perspective médicale, sociologique, psychologique et judiciaire. Ainsi, plusieurs définitions peuvent être utilisées et le consensus à cet égard n'est pas unanime (Observatoire sur la maltraitance envers les enfants, 2015). Pour cette étude la définition de la maltraitance de l'Organisation mondiale de la santé élaborée lors du Rapport de la Consultation sur la Prévention de la Maltraitance de l'Enfant en 1999 est utilisée. Cette définition est choisie puisqu'elle semble la plus générale et est citée à maintes reprises dans plusieurs articles et livres sur le sujet :

La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autres, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir (p.15).

Selon la Loi sur la protection de la jeunesse, dans l'article 38, il existe six grandes catégories de maltraitance pour déterminer une situation de compromission soit : abandon, négligence, mauvais traitement psychologique, abus sexuels, abus physique et troubles de comportements sérieux. Une situation de compromission est une situation grave qui met en danger la sécurité ou le développement de l'enfant (Observatoire sur la maltraitance envers les enfants, 2017).

Ces multiples catégories et types de maltraitance touchent énormément d'enfants au Québec et dans le monde. Malheureusement, il y a aussi beaucoup de cas de maltraitance qui sont potentiellement fondés qui restent non dépistés, ce qui pose un enjeu important pour la société (Observatoire sur la maltraitance envers les enfants, 2017). Une brève définition, citée à l'aide de la Loi sur la Protection de la jeunesse, article 38, est présentée pour chaque forme de maltraitance.

Abandon : « lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne » (p.15).

Négligence : « lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux : soit sur le plan physique en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources, soit sur le plan de la santé en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale, soit sur le plan éducatif en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation ou lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue [...] »(p.15-16).

Mauvais traitement psychologique : « lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, du contrôle excessif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale » (p.16).

Abus sexuel : « lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ; ou lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation » (p.16).

Abus physique : « lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ; ou lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation » (p.16).

Troubles de comportement sérieux : « lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose » (p.16).

Dans cette présente étude, l'abandon et les troubles de comportement sérieux ne sont pas pris en considération. Dans un premier temps, l'abandon ne fait pas partie de l'étude, car cette

forme de maltraitance est la moins signalée avec un pourcentage total de 0,2 % (Directeurs de la protection de la jeunesse, 2017-2018). Dans un deuxième temps, les troubles de comportement sérieux sont délaissés de l'étude, car ceux-ci ne sont pas liés directement aux pratiques parentales. En effet, l'enfant commet des gestes envers lui-même ou autrui, ce n'est pas le parent qui inflige certains gestes. Alors, cette étude se concentre davantage sur la négligence, les mauvais traitements psychologiques, l'abus sexuel et l'abus physique.

Il existe aussi d'autres termes associés à la maltraitance comme la polyvictimisation, l'alcoolisation fœtale, l'aliénation parentale et l'exposition à la violence conjugale. Tout d'abord, la polyvictimisation fait référence aux multiples formes de violence qu'un jeune peut subir (Cyr, Chamberland, Clément et Lessard, 2014). Ensuite, l'alcoolisation fœtale est une déficience congénitale causée par l'exposition prénatale à l'alcool (Astley, Stachowiak, Clarren et Clausen, 2002). De plus, l'aliénation parentale apparaît avant, pendant ou après la séparation conjugale lorsqu'au moins un des parents utilise des stratégies aliénantes afin d'effacer l'autre parent de la vie de l'enfant (Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire, 2013). Enfin, l'exposition à la violence conjugale réfère au fait que l'enfant est témoin d'épisodes de violence entre ses parents. À noter que dans cette recherche, ces différentes formes de maltraitance ne sont toutefois pas prises en compte.

1.1.2 Maltraitance : quelques données

Mondialement, 1 milliard d'enfants, âgés entre 2 et 17 ans ont été victime d'abus physique, d'abus sexuel, d'abus émotionnel ou de plusieurs de ces abus à la fois durant les dernières années (de 2000 à 2014) (Hillis, Mercy, Amobi et Kress, 2016). Plus près d'ici, au Québec, le Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse (2017-2018) indique un nombre total de 96 014 signalements (5,56 % des enfants québécois) en comparaison avec 87 800 signalements durant l'année 2015-2016, ce qui représente une augmentation de 9,4 %. Sur ce nombre total, pour l'année 2017-2018, 40,6 % des signalements ont été retenus, soit 38 945 enfants (2,26 % des enfants québécois), en comparaison avec 34 911 enfants en 2015-2016, ce qui représente une augmentation de 11,6 %. Selon le Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse (2017-2018), il y a en moyenne 263 situations signalées par jour au Québec.

Toujours au Québec, l'abus physique est la forme de maltraitance avec le plus de signalements retenus (24,8 %), suivi par la négligence (21,4 %), les mauvais traitements psychologiques (17,2 %), le risque sérieux de négligence (11,8 %), les troubles de comportement sérieux (8,8 %), l'abus sexuel (6 %), le risque sérieux d'abus physique (5,7 %), le risque sérieux d'abus sexuel (4,1 %), puis l'abandon (0,2 %) (Directeurs de la protection de la jeunesse, 2017-2018). Selon le même bilan, 33% des signalements traités chez les enfants de 0 à 17 ans proviennent d'un employé de différents organismes, par exemple les hôpitaux, 25% du milieu familial et de la communauté et finalement 40% des signalements traités viennent du milieu scolaire et du milieu policier.

Les types de maltraitance comme la violence et la négligence sont des problèmes importants qui affectent le développement des enfants et des familles touchées. Cependant, ils perturbent également d'autres sphères, dont la sphère économique, la sphère psychologique des enfants et la sphère sociale (Éthier et Lacharité, 2001). En effet, selon le ministère de la Santé et des Services Sociaux, dans le Rapport du Protecteur du Citoyen (2013) :

Le nombre d'enfants mineurs hébergés dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux ou dans une ressource reconnue et financée par un centre jeunesse pour lesquels une contribution est exigée atteignait 21 223 en 2008-2009 et 20 623 en 2010-2012 (p.11).

Aussi, aux États-Unis, selon le *National Institute of Justice*, le coût des services sociaux, des services de santé mentale, des services de santé et des services de police s'élève à 4 379 \$ par cas de maltraitance infantile (Hillis, Mercy, Amobi et Kress, 2016). Au Québec, Paquette (2014) indique que les coûts sociaux du problème de la maltraitance rassemblent : « les services sociaux de protection, de réadaptation [et] de placement, [les] services psychologiques, [et les services liés à la] criminalité, [et à] l'internement en milieu psychiatrique ou dans des établissements carcéraux » (p.18). Selon la même auteure, plusieurs études suggèrent que la maltraitance pourrait amener les enfants victimes à développer des problèmes psychologiques et physiques tels que les maladies chroniques, le tabagisme, l'obésité, l'inactivité, l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépression, les tentatives de suicide, la promiscuité sexuelle et les maladies sexuellement transmissibles. Par ailleurs, il est important de mentionner que les actes qui

conduisent aux traumatismes liés à la maltraitance infantile sont commis, dans la majorité des cas (80 %), par les parents de ces enfants (van der Kolk, 2005).

1.1.3 Définition des pratiques parentales

Les pratiques parentales peuvent être décrites comme : « [...] cette prise en charge des enfants et désigner par qui et comment sont (ou doivent être) assumées les actions qui permettent, jusqu'à l'âge adulte, la structuration physique et psychique des enfants ainsi que leur socialisation » (B.-Dandurand, 1994, p. 342). Plusieurs stratégies disciplinaires peuvent être utilisées par les parents envers leurs enfants. D'un côté du continuum se trouvent les pratiques inductives qui recherchent la participation de l'enfant, afin de trouver des solutions par l'entremise d'une communication basée sur l'échange et la négociation (Claes, 2004). À l'opposé du même continuum, les pratiques parentales coercitives : « font appel aux punitions corporelles, aux insultes et aux menaces » (Claes, 2004, p.8). Entre ces différentes pratiques parentales se trouvent les formes permissives et punitives. Dans un premier temps, les formes permissives : « traduisent l'absence de réaction parentale » (Claes, 2004, p.8). Finalement, les formes punitives : « impliquent une pénalité comme le retrait de privilège ou l'imposition de travaux supplémentaires » (Claes, 2004, p.8).

Les pratiques parentales dites négatives se définissent par des comportements parentaux négatifs tels que le rejet, la défiance, la domination, la froideur, la rigidité et l'hostilité (Aunola et Nurmi, 2005). De plus, selon Baumrind (1994), un manque de soutien, de réactivité et d'affection se traduit souvent par des ordres sans explications, un manque d'encouragement verbal et un manque de discipline. Ces comportements peuvent, en effet, être répertoriés chez les parents maltraitants. Toujours selon la même auteure, les émotions parentales négatives peuvent aussi entrer dans les comportements/pratiques parentales négatives. Ces émotions regroupent l'hostilité, la dépression et l'irritabilité (Baumrind, 1994).

1.1.4 Pratiques parentales : quelques données

Un bon nombre de pratiques parentales sont considérées comme un ensemble de facteurs de protection très important (Kotchick et Forehand, 2002). En effet, une pratique parentale

positive est une façon d'encadrer son enfant afin de favoriser et d'améliorer son bon comportement (Hutchings et Lane, 2005). Toutefois, d'autres pratiques ou attitudes des parents à l'égard de leurs enfants peuvent se révéler problématiques ou même constituer des situations potentielles de maltraitance. Parallèlement aux pratiques parentales, le développement des enfants est en pleine expansion physiologique, cognitive et socio émotionnelle et les parents doivent ajuster leurs pratiques afin de s'adapter à leurs enfants (Collins, Harris et Susman, 1995). Cependant, il peut être parfois difficile d'ajuster les pratiques parentales de manière adéquate dans toutes les situations quotidiennes. Selon l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfant de 0 à 5 ans, réalisée en 2015 par l'Institut de la statistique du Québec (2016), 58,7 % des parents rapportent avoir perdu patience lorsque leurs enfants demandaient de l'attention au courant des deux dernières semaines ayant précédé l'enquête¹. Selon la même enquête, 77,7 % des parents ont crié, élevé la voix ou se sont mis en colère contre leurs enfants au cours des deux dernières semaines².

Aussi, selon l'enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec, l'Institut de la statistique du Québec (2013) indique que l'agression psychologique, telle que rapportée par les parents eux-mêmes, est présente dans 80,2 % des cas de pratiques parentales, au moins une fois par année. L'agression psychologique se définit comme : « [...]les actes dénigrants, rejetant, terrorisants ou excessivement contrôlants ou envahissants commis par les parents, ainsi que la négligence des besoins psychologiques et affectifs du jeune » (Gagné, Melançon, Pouliot-Lapointe, Lavoie et Roy, 2010, p. 80). Suivant toujours l'enquête, la violence physique mineure, quant à elle, a un taux de 34,7 % au moins une fois sur 12 mois. Enfin, la violence physique sévère fait partie de 5,6 % des pratiques parentales au moins une fois par année. Selon le Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse en 2011, la violence physique mineure consiste en des actes comme : « taper les fesses de l'enfant à mains nues, lui donner une tape sur la main, le bras ou la jambe, etc. » (p. 9), tandis que la violence physique sévère

¹ Les résultats de la question sont les suivants : Environ une fois par semaine (34,5 %), Quelques fois par semaine (18,7 %), Au moins une fois par jour (5,5 %).

² Les résultats de cette question sont : Environ une fois par semaine (31,4 %), Quelques fois par semaine (32,6 %), Au moins une fois par jour (13,7 %).

inclut des gestes tels que : coup de poing, coup de pied, serrer la gorge, jeter par terre, frapper au visage et autres (Dagenais, 2017).

1.1.5 Définition des traumatismes

Une mauvaise relation parentale peut affecter le développement des capacités d'adaptation de son enfant. Ceci peut le rendre vulnérable au stress (Matheson et coll., 2005). La documentation spécifique indique que les pratiques parentales inadéquates font partie des facteurs de risque pour la psychopathologie infantile (Rothbaum et Weisz, 1994). Ainsi, la maltraitance infantile et les pratiques parentales peuvent avoir un impact sur la présence de symptômes traumatiques pendant l'enfance. Cela dit, l'abus et la négligence sont vus, parmi les travaux sur la maltraitance, comme les formes les plus extrêmes d'expérience traumatisante (De Bellis, 2001).

La première apparition dans le *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* du concept de traumatisme remonte en 1980 dans le DSM-III. Au départ, le diagnostic était celui de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) qui décrivait les symptômes associés aux événements traumatiques comme la guerre, les désastres naturels, le viol ou les accidents graves. Seuls les adultes étaient visés par ce diagnostic (Milot, Collin-Vézina et Milne, 2013). L'incorporation du diagnostic pour les enfants n'arriva qu'en 1994 dans le DSM-IV, bien qu'on sache maintenant que : « [...] ils [les enfants] sont, en raison de leur âge, les plus vulnérables face à ces situations extrêmes qui constituent un risque sérieux pour leur intégrité physique et psychologique » (Milot, Collin-Vézina et Milne, 2013, p.1).

Si plusieurs chercheurs et cliniciens s'entendent sur le fait que la maltraitance amène certainement un traumatisme, ils ne sont toutefois pas tous en accord avec la définition des symptômes dans le DSM (Milot, Collin-Vézina et Milne, 2013). Le trouble du stress post-traumatique (TSPT) se caractérise par cinq critères provenant du *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (DSM-5, 2013). Un résumé est exposé pour bien comprendre l'ampleur du diagnostic. Les mêmes critères s'appliquent pour toutes personnes ayant 6 ans ou plus. Tout d'abord (Critère A), la personne doit avoir été exposée à la mort ou à des menaces de

mort et/ou à des blessures sévères ou à de la violence sexuelle. L'individu peut avoir été exposé directement, en être témoin, apprendre que ces événements sont arrivés à une personne proche ou expérimenter de manière récurrente des expériences traumatisantes. Ensuite (Critère B), la personne doit vivre un ou plusieurs symptômes associés à l'événement traumatique comme : des souvenirs récurrents intrusifs du traumatisme, des rêves répétitifs avec comme contenu le traumatisme, des réactions où l'individu sent qu'il revit l'événement ou autre. Par la suite (Critère C), la personne doit éviter tous les stimuli pouvant être associés au traumatisme. Puis (Critère D), la personne vit des changements cognitifs et d'humeur qualifiés de négatifs. Ensuite (Critère E), la personne vit des changements d'éveil et de réactivité. Finalement, les critères doivent durer au moins un mois pour recevoir le diagnostic.

Il est important de mentionner qu'un enfant peut vivre des manifestations de symptômes associés au trauma sans avoir ce diagnostic précis. En effet, une multitude d'enfants ne satisfont pas les critères de l'ÉSPT, car celui-ci est basé sur des critères précis qui témoignent de l'ampleur des effets pouvant être vécus par certaines personnes et qui se maintiennent dans le temps. Par contre, au-delà de ce diagnostic, les personnes ayant subi un événement de nature traumatique peuvent, à différents degrés, vivre des effets qui y sont associés et des symptômes qui peuvent être confondus avec d'autres diagnostics, particulièrement chez les enfants, car ils ne sont peut-être pas toujours en mesure de s'exprimer sur leurs états émotionnels internes. Ainsi, des enfants peuvent être diagnostiqués d'un trouble oppositionnel avec provocation, d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, d'un trouble réactionnel de l'attachement, d'une dépression et/ou d'un trouble de conduites (Milot, Collin-Vézina et Milne, 2013).

En 1991, Terr mentionne l'importance de distinguer les traumatismes relationnels et ceux qui impliquent un événement isolé. Les traumas relationnels auraient des effets beaucoup plus pervers sur le développement que les traumas associés à un seul événement. Toutefois, les traumatismes relationnels ne sont pas obligatoirement des événements répétitifs. Milot, Collin-Vézina et Milne (2013) expliquent cette distinction en décrivant les conséquences du trauma relationnel.

Il en résulterait un traumatisme de *type II* incluant des difficultés dans la régulation des réactions émotionnelles, de la rage, de la dissociation, de la somatisation, des changements dans les perceptions de soi et des autres et des changements dans la compréhension et dans l'interprétation des événements. Ces conséquences vont donc bien au-delà des symptômes habituels d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance reconnus dans l'ÉSPT (p.2).

Plusieurs nomenclatures ont été utilisées pour étudier ce nouveau concept, soit celui des traumatismes relationnels. Le terme le plus répandu est celui de traumatisme complexe. Il possède deux réalités : « D'abord, il témoigne de l'exposition répétée et prolongée à des événements de nature interpersonnelle et qui, le plus souvent, implique une personne responsable de l'enfant (parent, etc.). L'autre réalité est celle des conséquences sur le développement de l'enfant » (Milot, Collin-Vézina et Milne, 2013, p.2).

Cook et ses collaborateurs en 2005 ont classifié les conséquences du traumatisme complexe en sept catégories : l'attachement, la sphère médicale ou biologique, la régulation des émotions, la régulation des comportements, la dissociation, le fonctionnement cognitif et l'identité. Tout d'abord, les conséquences reliées à l'attachement consistent en des problèmes avec les limites, de la méfiance et de la suspicion, de l'isolation sociale, des difficultés interpersonnelles, de la difficulté à s'occuper des états émotionnels des autres et de la difficulté avec la prise de perspective. Les mêmes auteurs indiquent que la sphère médicale ou biologique se compose des problèmes de développement sensorimoteur, d'analgésie, des problèmes de coordination et de balance, de la somatisation et une augmentation des problèmes médicaux de tout genre (asthme, problème de peau...).

Cook et ses collaborateurs (2005) mentionnent que les conséquences reliées à la catégorie de la régulation des émotions entraînent certaines difficultés d'autorégulation des émotions, d'expression des sentiments, des problèmes d'identification et de description des états internes et de la difficulté à communiquer des souhaits et des besoins.

Également, les répercussions relatives à la catégorie de la dissociation conduisent à des altérations distinctes dans les états de conscience, de l'amnésie, de la dépersonnalisation et de

la déréalisation, deux ou plusieurs états de conscience distincts et une mémoire altérée pour les événements émotionnels.

Toujours selon les mêmes auteurs, les conséquences reliées à la catégorie de la régulation des comportements entraînent de mauvaises modulations des impulsions, des comportements autodestructeurs, d'agression envers les autres, des comportements pathologiques autoapaisants, des perturbations du sommeil, des troubles alimentaires, de l'abus de substance, de la conformité excessive, des comportements oppositionnels, des difficultés à comprendre et à respecter les règles et des reconstitutions d'un traumatisme dans le comportement ou dans le jeu.

Ils indiquent que les répercussions relatives à la catégorie du fonctionnement cognitif consistent à avoir de la difficulté dans la régulation de l'attention et dans le fonctionnement exécutif, à avoir un manque de curiosité soutenue et des problèmes avec le traitement de nouvelles informations, à avoir des problèmes de concentration et d'accomplissement lors de tâches, à avoir des problèmes avec la permanence de l'objet et de la difficulté à planifier et anticiper et à avoir des problèmes de compréhension de la responsabilité, d'apprentissage, de développement du langage et d'orientation dans le temps et l'espace.

Enfin, les conséquences reliées à la catégorie de l'identité conduisent à un manque du sens de soi continu et prévisible, un mauvais sens de la séparation, des perturbations de l'image corporelle, une faible estime de soi et une forte présence de la honte et de la culpabilité (Cook et al., 2005).

Cette définition du traumatisme et ses potentielles conséquences doivent être prises en considération lors de la lecture de recherches portant sur ce concept. De ces recherches émergent plusieurs statistiques extrêmement intéressantes, qui font l'objet de la prochaine sous-section.

1.1.6 Symptômes traumatiques : quelques données

Dans une étude menée par Brady et Caraway (2002), 97,6 % des jeunes dans des résidences du service de la protection de la jeunesse de 7 à 12 ans ont subi une expérience

traumatisante. De plus, dans l'étude de Kolko et collaborateurs (2010), la prévalence des jeunes âgés de 8 à 14 ans référés à la protection de l'enfance des États-Unis ayant des symptômes de stress post-traumatique cliniquement significatif est de 11,7 %. Par ailleurs, 40 % des enfants ayant un historique de traumatisme peuvent aussi avoir d'autres problèmes comme l'anxiété, la dépression ou des troubles de comportements (Copeland, Keeler, Angold et Costello, 2007). Dans une autre étude, la maltraitance reliée à l'abus sexuel durant l'enfance est associée à la dépression majeure, au trouble de la conduite, au trouble de panique et à l'alcoolisme (Dinwiddie et al., 2000). Aussi, les enfants qui sont exposés à des parents alcooliques ou exposés à de la violence domestique manifestent également une symptomatologie associée à la dépression, aux maladies physiques ou aux comportements impulsifs et autodestructeurs (van der Kolk, 2005). Ces statistiques expliquent l'importance de s'intéresser aux symptômes traumatiques chez une population victime de maltraitance.

Jusqu'à maintenant, les définitions des pratiques parentales et des symptômes traumatiques, ainsi que des statistiques leur étant associées ont été vues. Afin de poursuivre l'argumentation et la présentation des trois variables à l'étude dans ce travail, il importe maintenant de définir le concept du tempérament.

1.1.7 Définition du tempérament

Plusieurs facteurs peuvent affecter les pratiques parentales notamment les caractéristiques de l'enfant, les caractéristiques du parent, le type de rôle parental, la relation parent-enfant, la relation entre les deux parents, les conflits, la violence familiale et l'environnement social et physique des parents et des enfants (Ministère de la Justice, 2017). La présente étude s'intéresse plus particulièrement au tempérament de l'enfant reconnu comme l'une des caractéristiques individuelles ayant une influence réciproque avec les pratiques parentales, c'est-à-dire que le tempérament et les pratiques parentales s'influencent.

Parmi les multiples théories, modèles et études réalisées sur le tempérament, une des plus anciennes, qui reste encore étudiée de nos jours, fut une des premières études faites par Thomas, Chess, Birch, Hertzog et Korn (1963). Ces derniers ont publié le *New York Longitudinal Study* (NYLS). Cette étude a commencé en 1956 et s'est poursuivie sur plusieurs décennies. Les

chercheurs ont fait des observations directes ainsi que des entrevues avec les parents au sujet de leurs enfants. L'équipe de chercheurs a décidé d'étudier les styles de personnalité et de tempérament de manière individuelle chez des enfants. Ils ont découvert neuf catégories d'indicateurs associées à la personnalité et au tempérament : le niveau d'activité motrice, la rythmicité ou la régularité des fonctions biologiques, l'approche et le retrait, l'adaptabilité, le seuil de réactivité sensorielle, l'intensité des réactions, la qualité de l'humeur, la distractibilité et la durée d'attention ou la persévérance. Le travail de Chess et Thomas en 1977 est à l'origine de la définition du tempérament, voulant qu'un tempérament soit un style de comportement ou le *comment* du comportement. Ici, le *comment* fait référence aux caractéristiques des comportements. Dans ce mémoire, l'intérêt se pose, entre autres, sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques et comment les pratiques parentales peuvent avoir un effet médiateur ou modérateur sur cette relation.

C'est avec ces considérations à propos des concepts des pratiques parentales et du tempérament définis dans les sections précédentes que la prochaine sous-section est élaborée. Elle établit le lien entre ces deux concepts.

1.1.8 Tempérament et pratiques parentales

Il convient de préciser que les pratiques parentales sont en réaction ou sont souvent influencées par les conduites de leur enfant et par son tempérament. Yagmurlu et Altan (2010) indiquent que

[...] la réaction d'un parent à son enfant peut être influencée par les caractéristiques du tempérament de l'enfant, et les enfants ayant un tempérament différent réagissent probablement différemment à des comportements parentaux similaires, ce qui, à son tour, influence sur leur développement (p.279) [Traduction libre].

En effet, le tempérament influence la relation parent-enfant ainsi que le développement social de l'enfant (Stolzfus Grady, Karraker et Metzger, 2012). Selon Rutter (1983), le tempérament fait partie d'une des trois grandes variables qui favorise un fonctionnement adapté chez les enfants vivant sous des conditions difficiles. Les trois grandes catégories sont le stress, les façons de le gérer, ainsi que le développement de l'enfant. Le tempérament, pour sa part, entre dans la deuxième grande catégorie, soit celle des façons de gérer son stress (Rutter, 1983).

Une étude menée par van Aken et collaborateurs indique qu'un manque de sensibilité parentale et le contrôle parental peuvent avoir un impact négatif pour les enfants ayant certains traits de tempérament. Toutefois, cette étude, comme plusieurs autres dans le domaine, a comme limite un nombre relativement petit de participants (n=117) et la prise en considération d'un seul sexe, dans cas-ci, les garçons. Van den Akker, Dekovic, Prinzie et Asscher (2010) ajoutent que les enfants ayant un tempérament plus facile peuvent susciter des pratiques parentales plus positives que les enfants ayant un tempérament plus difficile. Ces derniers peuvent être plus complexes à gérer et provoqueraient des pratiques parentales plus coercitives.

Il est important de mentionner qu'un lien entre les types de tempérament et les réactions parentales a été démontré par plusieurs études. Pourtant, il ne faut pas oublier que les pratiques parentales sont influencées par plusieurs facteurs, comme cela a été précisé précédemment. Les caractéristiques des enfants font partie intégrante de ces facteurs, mais les caractéristiques du parent en font aussi partie. Parmi ces caractéristiques se trouvent la santé mentale, les troubles psychiatriques ou troubles de la personnalité, la toxicomanie, les caractéristiques démographiques et les ressources (Ministère de la Justice du Canada, 2017).

À la lumière des informations présentées précédemment, il semble pertinent et justifiable de s'intéresser à ces différentes variables (pratiques parentales, symptômes traumatiques et tempérament) et du lien possiblement existant entre les trois. Une mise à jour des informations présentes dans la littérature scientifique permet d'avoir de plus amples connaissances sur les trois concepts à l'étude, afin de poser ensuite une ou des questions générales de recherche. C'est ce qui est abordé dans la section suivante, la recension des écrits.

1.2 Recension des écrits

Le repérage de lecture effectué pour ce travail remonte à l'été 2017, alors que les concepts à l'étude n'étaient pas encore définis de manière précise. Le but était donc de faire une première lecture sur la relation entre les parents et les enfants.

Plusieurs bases de données dont *Dissertations & Theses Global (ProQuest)*, ERIC (*Education Resources Information Center*), Repères et *Google Scholar* ont été utilisées afin de trouver des articles. Différents mot-clés, comme indiqués au tableau I, ont permis de trouver des articles concernant les techniques disciplinaires utilisées par les parents envers leurs enfants, les différents styles parentaux, les différences entre les pères et les mères et les facteurs pouvant affecter la qualité de la relation.

Tableau I : Mots-clés utilisés aux fins des recherches

<i>Quality Parent/Child</i>
<i>Family et Structure</i>
<i>Parent-Child Relationships</i>

D'autres recherches bibliographiques ont permis de sélectionner des articles s'intéressant à l'influence des pratiques parentales sur les comportements à risque des enfants par exemple, sur l'impact des styles parentaux en lien avec les problèmes internalisés et externalisés des enfants et des adolescents. Plusieurs articles faisaient référence aux enfants autistes, d'où l'importance du NOT dans la recherche. Enfin, d'autres recherches nous ont permis d'identifier des articles s'intéressant aussi à l'intervention auprès des parents en contexte de négligence envers les enfants.

De plus, la consultation du site de l'Observatoire québécois sur la maltraitance envers les enfants (<http://observatoiremaltraitance.ca>) a permis de repérer les données de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse afin de dresser un portrait de la maltraitance en général et, plus particulièrement, au Québec.

Enfin, nous avons poursuivi nos recherches afin de raffiner la sélection des articles pour alimenter plus spécifiquement les variables d'intérêt (tempérament, symptômes traumatiques et pratiques parentales) retenues pour la présente étude. Soulignons que plusieurs autres articles concernant les pratiques parentales ainsi que la maltraitance et les traumatismes ont été repérés grâce à la bibliographie des articles trouvés précédemment. De plus, les *Handbook* et les livres

à propos des pratiques parentales ont été recherchés à la bibliothèque de l'Université de Montréal.

Bref, cette recherche documentaire permet de présenter, dans la prochaine section, une recension des écrits pertinents relevés dans la littérature. Cette présente étude s'intéresse à l'effet médiateur et modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et la manifestation de symptômes traumatiques chez les enfants dont le signalement pour maltraitance a été jugé fondé par les services de protection de l'enfance.

Cette section présente donc une recension des écrits scientifiques relative aux relations entre les variables d'intérêt retenues aux fins de la présente étude, soit les pratiques parentales, les symptômes traumatiques et le tempérament, tout en prenant en compte le contexte de la maltraitance chez les enfants. De plus, les différentes limites présentes dans ces diverses études sont mises de l'avant afin de justifier la pertinence scientifique de cette étude.

1.2.1 Recherches relatives au lien entre la maltraitance et les symptômes traumatiques

Cette section est une synthèse critique qui consiste à dégager ce que les recherches antérieures relatives au lien entre la maltraitance et les symptômes traumatiques éclairent et ce qu'elles laissent dans l'ombre.

Pour commencer, la maltraitance ne se définit pas par l'apparition de symptômes traumatiques à la suite de l'évènement. La maltraitance est une action que l'on fait subir à quelqu'un qui, par après, peut être ou ne pas être reliée à l'apparition de symptômes traumatiques. Dans la littérature scientifique, cette première relation est rapportée dans plusieurs études qui démontrent que la maltraitance pendant l'enfance est souvent reliée à la présence de symptômes traumatiques.

Dans l'étude de Anda et ses collaborateurs (2006), les enfants ayant vécu plus de quatre expériences de maltraitance durant l'enfance seraient en moyenne jusqu'à 2,7 fois plus à risque d'avoir des réactions de paniques, de vivre des périodes de dépression, d'anxiété, voire même

des hallucinations à l'âge adulte. Cette étude prend en considération les symptômes des individus rendus à l'âge adulte. À l'opposé, ce mémoire s'intéresse à l'apparition de symptômes durant l'enfance. Il est donc pertinent de se demander si ces symptômes de paniques, de dépression, d'anxiété et d'hallucinations sont aussi présents chez des enfants entre 6 et 9 ans qui ont vécu de la maltraitance.

Le lien corrélationnel entre la maltraitance et les symptômes traumatiques est bien documenté dans la littérature scientifique. En effet, les enfants maltraités (négligés, abusés physiquement et abusés sexuellement) sont à risque de développer des symptômes de stress post-traumatique, tels que l'évitement, l'hyper excitation et l'impression de revivre l'expérience traumatique (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010). Les résultats de cette dernière étude permettent aussi de supporter plusieurs recherches indiquant la pertinence de considérer la maltraitance chez les enfants dans une perspective traumatique. Aussi, Ackerman, Newton, McPherson, Jones et Dykman en 1998, ont démontré que, parmi les 364 enfants maltraités âgés de 7 à 13 ans de leur étude, les diagnostics les plus fréquemment constatés étaient l'anxiété de séparation, suivie des troubles oppositionnels, des troubles de phobie, du trouble de stress post-traumatique et finalement du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité. Ces deux études contiennent cependant des limites différentes. D'une part, l'étude de Milot, Éthier, St-Laurent et Provost (2010) est effectuée sur un échantillon de 34 enfants maltraités, ce qui représente un nombre relativement petit. D'autre part, l'étude d'Ackerman, Newton, McPherson, Jones et Dykman (1998) teste seulement des enfants victimes d'abus sexuel et/ou d'abus physique simultanément. Ainsi, seulement deux types de maltraitance sont pris en considération.

Dans la recherche de Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson et von Eye (2005), près de la moitié (44 %) des enfants (n=48) ayant été exposés à de la violence entre conjoints manifeste au moins un symptôme traumatique tel que l'excitation accrue, la peur ou l'agressivité et la difficulté d'expérimenter des émotions positives. Cette étude fait toutefois référence qu'à une seule forme de maltraitance, l'exposition à la violence entre conjoints.

Il est donc recensé que le stress post-traumatique peut se manifester notamment par des symptômes internalisés, c'est-à-dire des symptômes qui se manifestent à l'intérieur de

l'individu, comme l'anxiété ou la dépression, et par des symptômes externalisés, c'est-à-dire des symptômes affectant le monde extérieur comme le trouble du déficit de l'attention ou le trouble oppositionnel avec provocation. Ces deux types de symptômes, selon les auteurs, peuvent mener à des diagnostics de troubles émotionnels, alimentaires ou d'anxiété (D'Andrea, Stolbach, Spinazzola et Van der Kolk, 2012).

Étudiant toujours le lien corrélationnel entre la maltraitance et les symptômes traumatiques, l'étude de Bernand-Bonnin, Hébert, Daigneault et Allard-Dansereau (2008) a montré que 46,3% des filles âgées de 7 à 12 ans qui ont été signalées pour une évaluation à la suite d'abus sexuels ont des symptômes de stress post-traumatique. De plus, ces chercheurs relèvent que 19 % des enfants qui sont témoins d'actes d'abus envers leur mère ont des symptômes reliés au diagnostic du stress post-traumatique. Par contre, cette étude prend seulement en compte des jeunes filles, ce qui comporte une limite dans l'échantillon.

Les symptômes traumatiques résultant de la maltraitance englobent des difficultés émotionnelles, relationnelles, comportementales et cognitives. Ces difficultés altèrent significativement le fonctionnement psychosocial de l'enfant (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010). Cependant, cette dernière étude a été réalisée en prenant en considération qu'une seule forme de maltraitance, celle de la négligence. Il faut donc se demander si ce résultat serait similaire selon d'autres types de maltraitance.

Regardant toutes les formes de maltraitance, l'étude de Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell et Daigneault (2011), menée sur 53 jeunes issus du service de la protection de la jeunesse âgés de 14 à 17 ans, présente des résultats importants sur la relation entre symptômes traumatiques et la maltraitance. D'une part, les jeunes présentant des symptômes cliniques d'anxiété ont des scores plus élevés sur les échelles des questionnaires concernant l'abus émotionnel, l'abus sexuel, la négligence émotionnelle et la négligence physique. D'autre part, les symptômes cliniques de dépression sont associés à des scores élevés pour tous les types de maltraitance (abus physique, abus émotionnel, négligence physique et négligence émotionnelle) à l'exception de l'abus sexuel. De plus, les symptômes cliniques de la colère et du stress post-traumatique sont également significativement reliés à toutes les formes de maltraitance.

Finalement, les résultats de cette étude démontrent que plus le jeune subit de formes différentes de maltraitance, plus il manifeste de symptômes cliniquement significatifs de dépression, de colère et de stress post-traumatique. Les résultats de cette étude sont très intéressants, mais une limite importante de l'étude mentionnée par les auteurs concerne la taille de leur échantillon (n=53) qui est relativement petite. Cette limite est présente dans plusieurs études dans ce domaine.

1.2.1.1 Synthèse des recherches

Bien que ces différentes études amènent des résultats importants sur la relation entre la maltraitance et la présence de symptômes traumatiques, l'influence des pratiques parentales et du tempérament sur cette relation reste en suspens. Ainsi, plusieurs questions peuvent se poser comme : comment les pratiques parentales influencent-elles cette relation entre les expériences de maltraitance à l'enfance et l'apparition de symptômes ? Ce risque de développer des symptômes traumatiques est-il augmenté ou atténué par des pratiques parentales dites négatives ? Aussi, comment le tempérament de l'enfant vient-il affecter l'apparition de symptômes traumatiques ? Ces enfants vont-ils développer les mêmes symptômes selon leur tempérament ? Dans cette étude, il s'agit donc d'examiner les éventuels effets médiateur et modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament de l'enfant et la manifestation de symptômes traumatiques chez les enfants maltraités. L'effet médiateur est un mécanisme où la variable X influence le médiateur qui influence ensuite la variable Y (Caceres et Vanhamme, 2003). Pour sa part, l'effet modérateur est une force qui influence la relation entre la variable X et Y (Caceres et Vanhamme, 2003). Les définitions des effets testés dans cette présente étude sont plus détaillées à la section *1.3 Pertinence Scientifique*.

1.2.2 Recherches relatives au lien entre la maltraitance et les pratiques parentales

Cette section fait la synthèse critique des recherches antérieures relatives au lien entre la maltraitance et les pratiques parentales.

Tout d'abord, le lien bien démontré entre la maltraitance chez les enfants et les pratiques parentales négatives soulève qu'il s'agit d'un problème important pour la société (Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker et Lutzker, 2009). De plus, les statistiques sur la maltraitance sous-estiment drastiquement la réalité, puisque plusieurs parents peuvent avoir des pratiques parentales négatives sans être rapportées (Prinz et Sanders, 2007). C'est entre autres pourquoi des programmes d'intervention auprès des parents sont créés, afin de diminuer les cas potentiels de maltraitance.

En effet, un manque d'aptitude parentale peut mener à un plus grand risque de maltraitance chez les enfants (Mendel, Tomasello et Nochajski, 2012). Dans l'étude de Mendel, Tomasello et Nochajski (2012), la participation des parents à un programme de prévention a permis d'augmenter l'auto-efficacité parentale, soit le sentiment de compétence dans leur rôle parental, et donc de potentiellement réduire le risque de maltraitance. Dans une autre étude, un programme se basant sur le modèle des déterminants du parentage de Belsky, qui est aussi utilisé dans ce présent travail, arrive à la conclusion qu'après deux ans, le programme est bénéfique pour les mères identifiées comme ayant un potentiel d'abuser physiquement leurs enfants (Stanberry, 1992).

Par ailleurs, dans l'étude de Bernand-Bonnin, Hébert, Daigneault et Allard-Dansereau en 2008, la perception du soutien parental des jeunes filles âgées de 7 à 12 ans signalées à la protection de la jeunesse du Québec constitue un facteur de protection important. Ce soutien n'est malheureusement pas présent dans chaque famille. En effet, l'étude de Rikhye et ses collaborateurs (2008) arrive à la conclusion que les adultes ayant vécu de la maltraitance pendant l'enfance ont 9,1 fois plus de chance d'avoir eu une mère ayant des pratiques parentales dépourvues d'affection et contrôlantes. Cette statistique se chiffre à 7,7 en ce qui concerne les pratiques parentales paternelles. Toutefois, comme pour une recherche précédente, cette étude prend en considération les pratiques parentales auxquelles les enfants ont été exposés pendant leur enfance, bien que les participants soient rendus à l'âge adulte. Cette présente recherche concerne l'effet des pratiques parentales sur l'enfant, ainsi que le tempérament et les symptômes traumatiques des enfants au moment de l'étude et non de manière rétrospective.

Ensuite, l'étude de Brown, Cohen, Johnson et Salzinger (1998) démontre que plusieurs facteurs de risques (démographique, familiale, parentale et de l'enfant) sont associés de manière significative à la maltraitance infantile. Les risques parentaux incluent une faible implication maternelle, une faible implication paternelle et une faible chaleur paternelle.

1.2.2.1 Synthèse des recherches

Bien que ces différentes études amènent des résultats importants sur la relation entre la maltraitance et les pratiques parentales, il reste des interrogations à propos des rôles que jouent le tempérament et les symptômes traumatiques au sein de cette relation. En effet, comment le tempérament de l'enfant vient-il affecter les pratiques parentales abusives ? Aussi, comment les symptômes traumatiques des enfants suite à la maltraitance viennent-ils modifier les comportements parentaux ?

Bref, dans ces dernières études, les pratiques parentales semblent avoir un impact important sur l'incidence de la maltraitance à l'intérieur d'une famille. D'un autre côté, la littérature a aussi démontré un lien entre les pratiques parentales et le tempérament de l'enfant. Ce lien est exploré dans la prochaine sous-section.

1.2.3 Recherches relatives au lien entre la maltraitance et le tempérament

Une synthèse critique abordant les recherches portant sur liens possibles entre la maltraitance et le tempérament est établie dans cette sous-section.

Comme cela a été présenté dans la sous-section précédente, l'étude de Brown, Cohen, Johnson et Salzinger (1998) indique que les facteurs de risque de l'enfant sont associés de manière significative à la maltraitance infantile. Plus précisément, le seul facteur de risque de l'enfant de cette étude qui est significatif est le tempérament difficile de l'enfant. Cependant, cette recherche précise que le tempérament peut être les conséquences de la maltraitance aussi bien que le facteur de risque de la maltraitance. Il faut donc rester vigilant avec ce résultat. De même, Friedrich et Einbender en 1983 expliquent qu'il est possible que certains tempéraments prennent part au cycle de maltraitance. En effet, selon ces auteurs, plusieurs facteurs peuvent

augmenter le risque d'un enfant d'être victime de maltraitance. La prématurité, les retards cognitifs, les handicaps physiques, la difficulté de l'enfant et le tempérament sont les facteurs ciblés. Dans le même ordre d'idées, selon Lansford et ses collaborateurs (2002), les recherches empiriques ont associé plusieurs facteurs de risque à la maltraitance. D'une part se trouvent les facteurs écologiques tels que la pauvreté ou le stress familial. D'autre part se situent les facteurs liés aux caractéristiques de l'enfant, plus précisément un tempérament difficile. De plus, les résultats de l'étude de Sykes en 2017 indiquent que le tempérament de l'enfant fait partie des facteurs associés à l'abus physique. Les autres facteurs sont le stress parental, l'abus de substance, la langue parlée à la maison et un environnement non stimulant à la maison.

Toujours en s'appuyant sur le fait que le tempérament est un facteur de risque de la maltraitance, Lowell et Renk (2017) expliquent dans leur recherche que les compétences de régulation des émotions représentent un point d'intervention important pour les mères de jeunes enfants exposés à un risque accru de maltraitance en raison de leur tempérament difficile.

Toutefois, dans l'étude de Ciprinano-Essel, Skowron, Stifter et Teti en 2013, les résultats indiquent que la combinaison d'un tempérament négatif et d'un faible support parental semble exposer tous les enfants à une faible maîtrise du contrôle de soi, qu'ils aient subi ou non de la maltraitance. Par ailleurs, la théorie de la susceptibilité différentielle indique que les enfants ayant un tempérament réactif, donc avec la présence d'émotivité négative, sont plus vulnérables à la maltraitance précoce. Cependant, dans l'étude de Tung, Norona, Lee, Langley et Waterman (2018), les auteurs arrivent aux résultats que les enfants avec un tempérament réactif ne manifestaient pas une sensibilité accrue à la maltraitance.

1.2.3.1 Synthèses des recherches

Il reste intéressant de prendre les résultats de ces études et de se questionner sur le rôle que les pratiques parentales peuvent jouer dans cette relation. Peuvent-elles augmenter ou diminuer les effets du tempérament comme facteurs de risque de la maltraitance ? Cette étude teste l'effet médiateur et modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. Ainsi, l'influence du tempérament sur les pratiques parentales

est analysée. La relation entre ces deux dernières variables est recensée dans la prochaine sous-section.

1.2.4 Recherches relatives au lien entre les pratiques parentales et le tempérament

La littérature scientifique a démontré que le tempérament d'un enfant est un des prédicteurs les plus influents pour les pratiques parentales (Bryan et Dix, 2009, Clark, Kochanska et Ready, 2000, O'Connor, 2002) et que certaines pratiques parentales peuvent déboucher à de la maltraitance infantile.

Dans leur étude, van Aken, Junger, Verhoeven, van Aken et Dekovic (2007) ont mis en évidence que le tempérament difficile d'un enfant est associé fortement à la manifestation d'un contrôle maternel négatif et à un manque de sensibilité de sa mère à son égard. Cette recherche amène des résultats intéressants sur la relation entre les pratiques parentales et le tempérament des enfants. Par contre, cette recherche prend en considération un échantillon ($n = 115$) composé uniquement de garçons. Dans la présente étude, il est question à la fois de garçon et de fille.

De même, Van den Akker, Dekovic, Prinzie et Asscher (2010) ajoutent que les enfants avec un tempérament typique, c'est-à-dire avec peu d'inhibition sociale, de colère et d'activation, sont associés à des pratiques parentales plus positives. Les auteurs ont voulu distinguer les différents profils (typique, expressif et craintif) des enfants ($n = 96$), et démontrer les traits reliés à chaque profil. Les recherches semblent suggérer que le profil expressif du tempérament se caractérisant par un niveau élevé de colère et d'activation et qu'un niveau moyen d'inhibition sociale est relié à des pratiques parentales moins positives. À l'opposé, le profil craintif se définit par un niveau élevé d'inhibition sociale à l'égard des pairs et un niveau moyen de colère et d'activation. Ce profil est associé à des pratiques parentales moins positives que les autres profils en plus d'intégrer des pratiques parentales négatives (Van den Akker, Dekovic, Prinzie et Asscher, 2010).

Cette mention qu'il existe un lien entre les pratiques parentales et le tempérament de l'enfant peut être mis en relation avec le constat posé par Kochanska (1995) voulant que l'usage de techniques éducationnelles douces par les mères qui désapprouvent l'utilisation de pouvoir

soit plus efficace chez les enfants ($n = 103$) ayant un tempérament plus craintif qu'audacieux. Chez les enfants audacieux, une bonne réactivité maternelle et un fort lien émotionnel sont plus importants.

Notons également que Barnett et Scaramella (2017) arrivent aux résultats que les mères ($n=160$) semblent manifester moins de comportements de soutien dans leur interaction avec leurs filles, lorsque celles-ci ont un tempérament fort marqué par la peur de l'approche, qui est mesurée par le niveau faible de comportements d'approche dans les situations qui produisent généralement une réaction de peur. D'un autre côté, ces mères semblent se comporter de manière plus intrusive dans leurs interactions avec leurs filles avec un tempérament fort marqué par la détresse. De plus, ces types de tempérament (peur de l'approche et détresse) ont un impact possiblement plus important chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons. Cette étude permet de comprendre davantage les liens entre pratiques parentales et tempérament. Par contre, l'échantillon est composé uniquement de 160 familles africaines-américaines, ce qui est assez différent de l'échantillon de cette présente étude qui est réalisée au Québec. Il faut donc se demander si les résultats seront potentiellement les mêmes avec un échantillon de culture différente.

Dans une autre étude, des pratiques parentales négatives ou qui ne s'ajustent pas bien à l'enfant affectent plus les enfants ayant des tempéraments vulnérables. Un tempérament vulnérable peut se traduire par un niveau faible du contrôle de l'attention ou un niveau élevé d'irritabilité (Kiff, Lengua et Bush, 2011). Cette recherche a été effectuée auprès de 214 enfants entre 8 et 12 ans, ce qui correspond davantage à l'échantillon de cette présente étude.

Dans la même lignée, les résultats de Slagt, Semon Dubas, Dekovic et van Aken (2016), dans leur méta-analyse, démontrent que les enfants ($k=105$ échantillons provenant de 84 études, donc $N=6\ 153$) avec un tempérament plus difficile (en comparaison avec des enfants ayant un tempérament plus facile) sont plus vulnérables aux pratiques parentales dites négatives. Cependant, ces mêmes enfants bénéficiaient plus des pratiques positives de leurs parents. Ainsi, il est important de comprendre qu'un tempérament dit plus vulnérable peut être affecté de manière plus intense par des pratiques parentales négatives. Toutefois, cette vulnérabilité dans

le tempérament peut ne pas être affectée si elle est mise dans un contexte de pratiques parentales positives.

1.2.4.1 Synthèse des recherches

Ces recherches ont permis de comprendre plus profondément la relation entre les pratiques parentales et le tempérament. Cependant, il est intéressant de se poser la question suivante : est-ce que ces techniques de pratiques parentales restent les mêmes sur les enfants ayant le même tempérament, mais qui sont victimes de maltraitance ? Est-ce que cette influence du tempérament sur les pratiques parentales peut aussi influencer les symptômes traumatiques des enfants maltraités ? Ce lien entre les pratiques parentales et les symptômes traumatiques est approfondi dans la prochaine sous-section.

1.2.5 Recherches relatives au lien entre les pratiques parentales et les symptômes traumatiques

Plusieurs études démontrent un lien entre des facteurs familiaux et la présence future de symptômes traumatiques. Par exemple, Widom, Weiler et Cottler en 1999 expliquent que l'abus de substance des parents, la criminalité et le divorce ou la séparation sont des facteurs à considérer. Par contre, le facteur des pratiques parentales spécifiquement a moins été étudié. L'étude de Gewirtz, Forgatch et Wieling (2008) a, pour sa part, expliqué que le lien entre les pratiques parentales et l'ajustement des enfants après un traumatisme doit être exploré.

Des pratiques maternelles positives ($n = 86$) peuvent prédire un taux plus faible de comportements internalisés ou externalisés (Rossman, Bingham et Emde, 1997). De plus, les données de l'étude de Fisher, Gunnar, Chamberlain et Reid (2000) indiquent que, pour de jeunes enfants ($n=30$), l'amélioration des pratiques parentales peut influencer directement le comportement et la bio physiologie des enfants ayant des traumatismes dus à la maltraitance. Les auteurs expliquent que le petit échantillon est une limite considérable de leur recherche.

Il reste intéressant de regarder comment le tempérament de l'enfant vient influencer la relation entre les pratiques parentales et les symptômes traumatiques. Cette présente étude

répond à cette question en observant comment le tempérament influence les pratiques parentales, qui à leur tour influencent les symptômes traumatiques des enfants. Le lien corrélationnel entre le tempérament et les symptômes traumatiques est aussi examiné dans ce travail. Les recherches relatives à ce lien sont explorées dans la prochaine sous-section.

1.2.6 Recherches relatives au lien entre le tempérament et les symptômes traumatiques

En 1999, Pynoos, Steinberg et Piacentini ont établi un modèle qui distingue les réactions à court terme à la suite d'un traumatisme des réactions et de l'adaptation à long terme. Selon ces auteurs, les réactions à court terme sont influencées par les rappels du traumatisme, le stress secondaire (la perte de ressource), l'environnement de l'enfant (la psychopathologie du parent) et les facteurs de l'enfant. Ces facteurs incluent, entre autres, le tempérament de l'enfant. C'est ce dernier facteur qui est intéressant pour la présente étude. Ainsi, les réactions à court terme après un traumatisme sont influencées par le tempérament de l'enfant.

Les conséquences du tempérament s'illustrent dans le développement des symptômes d'anxiété chez l'enfant. (Kiff, Lengua et Bush, 2011). En effet, dans cette étude, les enfants ayant un niveau élevé de contrôle de l'attention (*effortful control*), donc ayant un tempérament moins vulnérable, rapportaient moins d'anxiété. Ainsi, leurs résultats indiquent que le tempérament joue un rôle important pour le développement de problèmes internalisés. Dans une autre étude s'intéressant aux personnes ayant vécu des catastrophes, la réactivité émotionnelle était le meilleur prédicteur de l'intensité des symptômes de l'état du stress post-traumatique (Strelau et Zawadzi, 2005). Il reste intéressant de se demander comment les pratiques parentales jouent un rôle médiateur ou un rôle modérateur dans cette relation. Ainsi, les pratiques parentales peuvent-elles être influencées par le tempérament et ensuite influencer les symptômes traumatiques ? Cette même étude indique que la présence de symptômes de dépression et d'anxiété chez ces enfants peut être prédite par l'interaction entre les pratiques parentales et le tempérament (Kiff, Lengua et Bush, 2011). Cette recherche a été effectuée auprès de 214 enfants entre 8 et 12 ans, ce qui correspond davantage à l'échantillon de cette présente étude.

En résumé, plusieurs études ont été réalisées entre les variables à l'étude. À la lumière de ces informations et des limites présentées dans cette deuxième partie, il semble judicieux de revenir plus spécifiquement sur la pertinence scientifique de cette présente recherche. C'est ce qui est abordé dans la section suivante.

1.3 Pertinence scientifique

Malgré les liens qui ont été établis entre certaines variables, plusieurs questions soulevées précédemment demeurent en suspens. La présente étude prend sa pertinence scientifique dans les différentes limites qui ont été mentionnées dans les autres recherches, notamment la prise en compte d'une seule forme de maltraitance et d'un modèle uniquement corrélationnel. Or c'est justement ces limites que cherche à dépasser la présente étude puisqu'elle vise à tester un modèle médiateur et un modèle modérateur et non pas seulement des relations corrélationnelles entre les variables à l'étude.

Les études de Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson et von Eye (2005) et de Milot, St-Laurent, Éthier et Provost (2010) s'attardent seulement sur une forme de maltraitance, ce qui est une limite à leurs études. La présente recherche prend en considération plusieurs formes de maltraitance présentes dans l'échantillon, soit la négligence, les mauvais traitements psychologiques, l'abus physique et l'abus sexuel. De plus, les études de Collin-Vézina, Coleman, Milne, Shell et Daigneault (2011) et de van Aken, Junger, Verhoeven, van Aken et Dekovic (2007) indiquent que leur échantillon était relativement petit pour les fins de leur étude. Aussi, les études de van Aken, Junger, Verhoeven, van Aken et Dekovic (2007) et de Bernard-Bonnin, Hébert, Daigneault et Allard-Dansereau (2008) se sont limitées à un échantillon composé uniquement d'enfant d'un seul sexe. La présente étude s'inscrit dans une plus large recherche visant à collecter des données auprès de plusieurs centaines d'enfants, autant de garçons que de filles, ce qui viendra combler les limites des dernières études.

De plus, plusieurs chercheurs appuient les intentions de cette présente étude. Ainsi, Kiff, Lengua et Bush (2011) indiquent que : «[...] les effets combinés de la parentalité et du tempérament devraient être considérés pour mieux comprendre les processus liés aux

changements dans la dépression et l'anxiété » (p.1207) [Traduction libre]. Dans une autre étude, Xu, Farver et Zhang (2009) proposent de reproduire les interactions entre les pratiques parentales et le tempérament des enfants. Finalement, Flouri (2008) suggère que les prochaines études devraient explorer le lien entre le tempérament et les pratiques parentales et le tempérament et la psychopathologie infantile. Selon lui, ces relations devraient être étudiées à l'aide des différentes dimensions qu'offrent les désavantages socioéconomiques.

Cette étude vise justement à explorer deux modèles (médiateur et modérateur) afin de vérifier dans quelle mesure les pratiques parentales peuvent agir comme médiateur ou modérateur dans la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. Dans leur article, Caceres et Vanhamme (2003) affirment que : « un médiateur est une variable qui représente un mécanisme par lequel la variable X influence la variable Y : la variable X exerce une influence sur le médiateur et ce dernier influence à son tour la variable Y » (p.69). Caceres et Vanhamme (2003) expliquent aussi que : « une variable modératrice [...] est une variable qui module l'effet de la variable indépendante X sur la variable dépendante Y » (p.68). Plus précisément : « le sens et/ou la force de l'influence de X sur Y varie(nt) selon les niveaux de la variable modératrice » (p.68). Les modèles médiateur et modérateur que nous cherchons à tester sont présentés aux figures 1 et 2. De ces modèles découlent des questions de recherches, qui sont abordées dans la prochaine sous-section.

1.4 Question générale de recherche

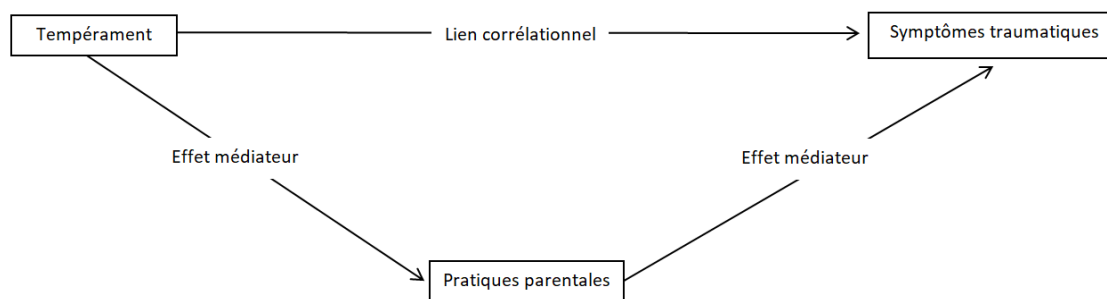


Figure 1 : Modèle médiateur de la recherche

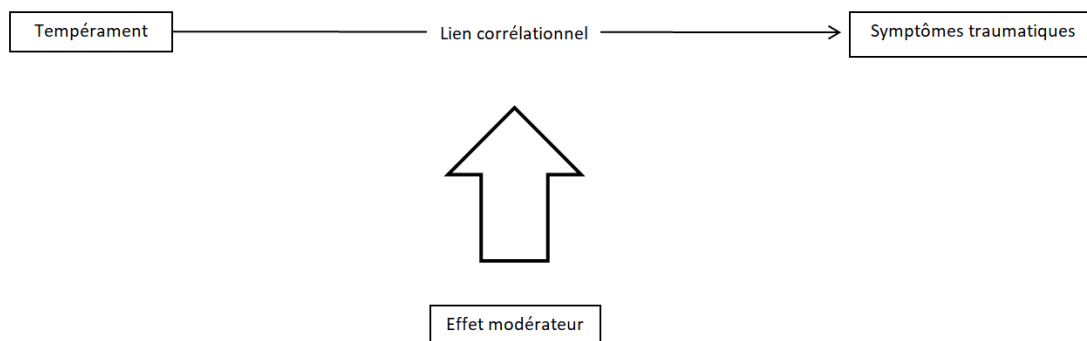


Figure 2 : Modèle modérateur de la recherche

Les modèles d'analyse des données de cette recherche, présentés à la figure 1 et à la figure 2, évaluent le lien entre le tempérament des enfants et les symptômes traumatiques chez ceux-ci. À ce modèle, s'ajoute un médiateur dans un cas et un modérateur dans l'autre, soit les pratiques parentales des parents. Dans le premier cas, soit le médiateur, le tempérament peut potentiellement influencer le médiateur, c'est-à-dire les pratiques parentales, qui à leur tour pourraient influencer les symptômes traumatiques des enfants. Dans le deuxième cas, soit le modérateur, les pratiques parentales pourraient influencer le sens ou la force du lien entre le tempérament et les symptômes traumatiques.

La question générale de recherche peut ainsi être déclinée en deux parties. Premièrement, quels sont les liens de corrélation entre le tempérament et les symptômes traumatiques ? Deuxièmement, les pratiques parentales jouent-elles un rôle médiateur ou un rôle modérateur dans la relation entre le tempérament de l'enfant et les symptômes traumatiques ? L'objectif général de recherche devient : Examiner les liens de corrélation entre le tempérament et les symptômes traumatiques et d'explorer les liens médiateur et modérateur des pratiques parentales dans la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques.

Jusqu'à maintenant, le contexte de la recherche, une revue de la littérature scientifique, la pertinence scientifique et les questions générales de recherches ont été élaborés. De manière à poursuivre l'argumentation en faveur de cette étude portant sur l'effet médiateur et l'effet modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et la manifestation de symptômes traumatiques chez les enfants dont le signalement pour maltraitance a été jugé fondé

par les services de protection de l'enfance, il importe de clarifier les différents modèles, approches et théories en lien avec les variables étudiées. Ceci est abordé dans le prochain chapitre, le cadre théorique.

Chapitre 2

Le cadre théorique

Le prochain chapitre présente les différents modèles, approches ou théories portant sur les concepts clés de l'étude. Ils servent de références afin de mieux comprendre un phénomène. Cette compréhension est soutenue par des modèles explicatifs qui précisent les relations qui unissent certains concepts reliés à ces phénomènes. En effet, un modèle scientifique est : « [un] ensemble organisé d'idées et de concepts se rapportant à un phénomène particulier » (Fortin et Gagnon, 2016, p.41), tandis qu'une théorie est : « [...] une explication abstraite des relations qui unissent des faits, des concepts et des propositions » (Fortin et Gagnon, 2016, p.41). Le modèle est une partie intégrante d'une théorie.

Pour le concept des pratiques parentales, le modèle des déterminants du parentage (*parenting*) de Belsky (1984) est utilisé. Le concept du tempérament est étudié à l'aide de l'approche psychobiologique de Rothbart et Derryberry (1981). Pour le concept des symptômes traumatiques, le modèle de la traumatologie développementale de la maltraitance de De Bellis (2001) est pris en compte. Finalement, les trois concepts précédents sont revus à l'aide de la théorie de la psychopathologie développementale.

2.1 Pratiques parentales

Cette section aborde tout d'abord une définition plus détaillée du concept des pratiques parentales. Par la suite vient l'introduction du modèle des déterminants du parentage de Belsky (1984). Ce modèle est utilisé comme cadre théorique afin d'élaborer des questions spécifiques et des hypothèses de recherche.

2.1.1 Introduction

Pour commencer, avant même de présenter le modèle des déterminants du parentage, il importe de définir ce concept. Selon Hoghughi (2004), le *parenting* traduit ici par le parentage ou la parentalité est défini comme étant des activités ciblées afin d'assurer la survie et le développement de l'enfant. De plus, l'auteur indique que l'action de *parenting* est un processus, une activité et une interaction qui se fait, dans la majorité des cas, par un adulte et son enfant. Ce terme n'est toutefois pas exclusivement utilisé pour qualifier les interactions entre un parent et son enfant. En effet, les infirmiers/ères, les enseignants/antes et tous autres donneurs de soin

de l'entourage de l'enfant pratiquent le parentage. Par ailleurs, le parentage est qualifié comme la forme la plus importante d'altruisme, peu importe le pays, les générations, les classes sociales, les ethnicités, la religion et les opinions politiques (Hoghughi, 2004).

Le concept de parentalité peut être défini par trois axes : l'expérience parentale, la pratique parentale et la responsabilité parentale (Lacharité, Pierce, Calille, Baker, Pronovost, 2015). Selon ces auteurs :

L'expérience de la parentalité englobe les pensées et les sentiments qui habitent la personne lorsque celle-ci joue son rôle de parent auprès d'un enfant en particulier. Cette composante évoque directement des éléments tels que les attitudes, les croyances et les valeurs parentales, la satisfaction parentale, le sentiment d'efficacité parentale, le stress parental et la détresse parentale (p.4).

Le deuxième axe du concept de parentalité selon Lacharité, Pierce, Calille, Baker et Pronovost (2015) se situe au niveau des pratiques parentales : « la pratique de la parentalité constitue le versant comportemental et interactif du rôle de parent. Cet axe fait référence aux décisions et aux gestes concrets que pose le parent lorsqu'il s'occupe d'un enfant en particulier » (p.4). Cette pratique inclut les formes d'engagement (sensibilité parentale, proximité parentale, contrôle parental...), la disponibilité physique et psychologique (présente et attention face à l'enfant, la mise en place de routines quotidiennes, procurer un environnement sécuritaire...) et les actions indirectes (choisir un service de garde, prendre des rendez-vous médicaux, confier l'enfant à une gardienne de confiance...). Enfin, le troisième axe, celui de la responsabilité parentale fait référence à : « [...]l'ensemble des droits et devoirs dont une personne hérite lorsqu'elle devient la mère ou le père d'un enfant » (Lacharité, Pierce, Calille, Baker, Pronovost, 2015, p.5). Pour cette présente étude, seulement le deuxième axe est approfondi, soit les pratiques parentales.

De son côté, Hoghughi (2004) mentionne que les activités reliées aux pratiques parentales que tous les parents devraient procurer à leurs enfants entrent dans trois catégories : les soins, le contrôle et le développement. Chaque catégorie possède deux côtés : des activités

de prévention de l'adversité pouvant causer du tort à l'enfant et des activités de promotion du positivisme pour aider l'enfant à se développer.

Les soins servent à répondre aux besoins de survie de l'enfant. Ils se divisent entre trois sous-groupes : les soins physiques, les soins émotionnels et les soins sociaux (Kellmer Pringle, 1980). Les soins physiques font référence aux activités en lien avec les besoins de base tels que la nourriture, la chaleur, la propreté, le sommeil et l'élimination des déchets corporels (Hoghughi, 2004). Toujours selon le même auteur, de mauvaises pratiques parentales sont un des facteurs qui fait en sorte qu'une proportion significative d'enfants ne reçoit pas de soins physiques adéquats. Les soins émotionnels font référence à ce que l'enfant ne soit pas malheureux par cause de l'anxiété, de la peur ou d'un traumatisme. Pour terminer, les soins sociaux incluent de s'assurer que l'enfant n'est pas isolé par ses pairs ou par des adultes significatifs.

Le contrôle est défini comme la mise sur pied et l'application de limites pour l'enfant. Ces limites sont différentes d'une culture ou d'un pays à l'autre. Cependant, il existe un consensus de certains comportements qui doivent être contrôlés : les habitudes de base concernant la toilette, la présence à l'école et la sanction de comportement sérieux comme la violence ou certains comportements sexuels (Hoghughi, 2004). Finalement, le développement se définit comme des activités influencées par les parents qui veulent voir leur enfant remplir leur potentiel dans toutes les sphères du fonctionnement. Ceci implique pour les parents d'encourager et de produire des opportunités d'activités intéressantes pour leurs enfants (Hoghughi, 2004).

Dans la même lignée, Baumrind (1968) identifie quatre styles parentaux qui sont associés à des pratiques et des attitudes envers l'enfant. Des quatre styles (autoritaire, démocratique, permissifs et désengagé), le style démocratique inclut des pratiques qui ont le plus d'incidence positive sur le développement de l'enfant tel qu'un ensemble de normes claires établies par les parents, une mise en application de ces normes, une utilisation de sanctions lorsque cela s'avère nécessaire, un encouragement à l'autonomie et une communication ouverte entre les parents et les enfants.

La parentalité, qui englobe ces différents styles parentaux, est un des éléments les plus importants qui affecte le fonctionnement et le développement de l'enfant (Hoghughi, 2004). En effet, il a un impact sur quatre grandes catégories du fonctionnement de l'enfant : la santé physique, le fonctionnement intellectuel et éducationnel, le comportement social et la santé mentale. La santé physique correspond à l'état physique de l'enfant, aux besoins de survie et au bien-être général. Le fonctionnement intellectuel et éducationnel renvoie aux stratégies de résolution de problème qui sont essentielles à la survie. Le comportement social inclut la réactivité aux signaux sociaux, l'habileté de se développer et de répondre adéquatement aux relations sociales. Finalement, la santé mentale correspond aux pensées de l'enfant, aux sentiments et aux comportements envers lui-même et les autres (Hoghughi, 2004).

À la lumière de ces informations, le concept de parentalité ou de pratiques parentales occupe une place extrêmement importante dans la vie d'un enfant. Ce concept des pratiques parentales est au sein de modèle de Belsky (1984) présenté dans la prochaine sous-section.

2.1.2 Modèle des déterminants du parentage : Un processus de fonctionnement

En ayant en tête les éléments importants du parentage, plusieurs modèles ont été proposés afin de mettre en relation ces concepts. Par exemple, le modèle du stress familial et des symptômes psychologiques maternels de Newland, Crnic, Cox et Mills-Koonce (2013) indique que la pression et les difficultés économiques ainsi que les symptômes psychologiques maternels (dépression, somatisation, anxiété et hostilité) affectent les différents types de parentage comme les pratiques sensibles et les pratiques plus sévères. Il existe aussi le modèle du stress familial en contexte de minorité lié à l'immigration proposé par Emmen et al. (2013) qui explique que le contexte socioéconomique de la famille, la détresse psychologique et le stress de l'acculturation (modification des modèles culturels en réaction au contact direct et continu de cultures différentes) ont une influence sur les pratiques parentales positives. Parmi les différents modèles existants, le modèle de Belsky (1984) se base sur les recherches faites sur la maltraitance et l'abus chez les enfants. Ceci vient montrer l'importance d'utiliser ce modèle dans cette recherche qui se concentre sur une population ayant un signalement retenu par les

services de la protection de la jeunesse. Bien que le modèle de Belsky (1984) soit le plus ancien des modèles présentés, il est utilisé dans cette étude. Les deux premiers modèles, bien qu'ils soient fort intéressants, correspondent moins au sujet de l'étude. En effet, celui de Belsky (1984) prend non seulement en compte le contexte de la maltraitance, mais aussi une dimension importante pour l'étude, soit celle des caractéristiques de l'enfant dont, entre autres, le tempérament.

Belsky (1984) indique qu'il y a trois groupes de déterminants qui peuvent affecter les pratiques parentales, ou le parentage : les ressources personnelles et psychologiques du parent, les caractéristiques de l'enfant et le contexte entourant les sources de stress et le soutien. À l'aide de ces trois groupes de déterminants, Belsky (1984) a créé un modèle des processus de fonctionnement parental optimal (voir figure 2). Dans l'article de Belsky en 1984, l'auteur indique que :

Le modèle présume que le fonctionnement parental est déterminé de multiples façons et que les sources de stress contextuelles et de soutien peuvent affecter directement le rôle parental ou influencer indirectement le rôle parental en influençant d'abord le bien-être psychologique individuel. La personnalité influence alors à son tour le soutien et le stress. Ainsi, par ordre d'importance, les ressources psychologiques personnelles du parent atténuent plus efficacement la relation parent-enfant que les sources contextuelles de soutien, qui sont elles-mêmes plus efficaces que les caractéristiques de l'enfant [Traduction libre] (p.83).

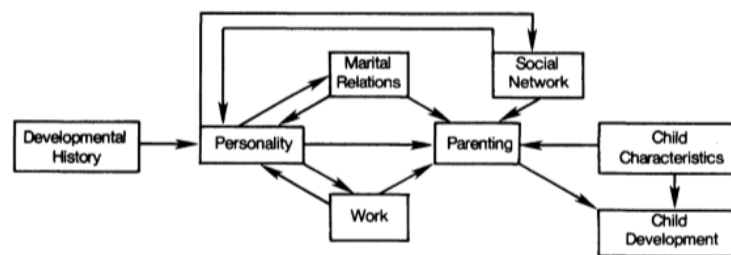


Figure 3 : Modèle des déterminants du parentage : Un processus de fonctionnement (Belsky, 1984)

Tout d'abord, le premier déterminant important implique la contribution des parents. Les pratiques parentales peuvent être influencées par les caractéristiques du parent, qui prennent naissance dans leur historique développemental. Selon les résultats des recherches faites sur

l'enfance, la sensibilité parentale est un facteur important pour le bon développement de l'enfant (Belsky, 1984). Un parent sensible se voit capable de décentrer et d'évaluer avec perspective le point de vue des autres et il se voit capable d'être empathique. Selon Belsky (1984), un parent qui peut agir de cette façon est mature et psychologiquement en santé. Or, la littérature démontre que l'âge, la dépression et les expériences antérieures impactent le rôle de parent. Une étude faite sur des mères adolescentes (Field, Widmayer, Stringer et Ignatoff, 1980) indique que celles-ci expriment moins d'attitudes désirables face à l'éducation de leurs enfants. D'un autre côté, l'étude de Jones, Green et Krauss (1980) mentionne que les mères adolescentes adoptent moins de comportements réactifs face à leurs nouveau-nés. Une autre caractéristique qui affecte les pratiques parentales est la santé mentale, plus précisément la dépression (Belsky, 1984). Les mères souffrant de dépression adoptent plus souvent des comportements parentaux hostiles, perturbateurs et rejetant face à leurs enfants (Colletta, 1983). Notons également qu'England et Sim (2009) indiquent que la dépression chez les parents peut mener, entre autres, à une augmentation de la probabilité de maltraiter ou négliger l'enfant. Finalement, les expériences vécues dans l'enfance peuvent à leur tour venir influencer les pratiques parentales (Belsky, 1984). Les études de Belsky (1978, 1980) indiquent une corrélation entre l'expérience d'avoir été maltraité durant son enfance et le fait de maltraiter son enfant par la suite. Par ailleurs, l'expérience stressante de la séparation de ses parents à l'enfance est associée à des difficultés par la suite de prendre soin de ses enfants (Frommer et O'Shea, 1973a, 1973b).

À la lumière de ces informations sur la contribution des parents comme déterminant, Belsky (1984) fait l'hypothèse que : « [...]les expériences de développement offrant du soutien à l'enfance donnent naissance à une personnalité saine et mature, qui est alors capable de fournir des soins parentaux sensibles qui favorisent le développement optimal de l'enfant » (p.86). Il est important de mentionner que Belsky indique que depuis la création de cette théorie et de ce modèle, d'autres études et recherches ont permis de réfuter certaines conclusions concernant les expériences parentales et la maltraitance. Cependant, ce modèle demeure, malgré cela, pertinent pour cette étude et pour plusieurs autres recherches qui sont détaillées dans la prochaine sous-section.

Le deuxième déterminant important qui peut influencer les pratiques parentales est la contribution de l'enfant. Belsky, Lerner et Spanier (1984) indiquent que parmi les caractéristiques de l'enfant se trouvent le sexe de l'enfant, le statut de son développement (dont son âge), les risques associés à l'enfance (la prématurité, le petit poids à la naissance et la paralysie cérébrale) et également le tempérament. Pour cette étude, seule la dernière caractéristique, le tempérament de l'enfant, est prise en compte. La littérature indique que le tempérament est un facteur important pour le parentage (Bates, 1980). Il a été démontré que le tempérament d'un enfant est un des prédicteurs les plus influents pour la qualité des pratiques parentales (Bryan et Dix [2009], Clark, Kochanska et Ready [2000] et O'Connor [2002]) et que certaines pratiques parentales peuvent déboucher à de la maltraitance infantile. La présente étude s'intéresse effectivement à la relation possible entre le tempérament et les pratiques parentales. Un approfondissement du concept de tempérament et d'un modèle rattaché est élaboré dans les pages suivantes.

Enfin, le troisième déterminant qui peut influencer les pratiques parentales est le contexte des sources de stress et des sources de soutien. L'étude de Colleta (1979) associe négativement le soutien total reçu des amis, des membres de la famille et des conjoints des mères avec les comportements de restriction et de punition maternels envers les enfants, c'est-à-dire que plus les mères reçoivent du soutien de leur entourage, moins elles manifestent des comportements de restrictions et de punition. Notons également que les parents vivant le plus de stress face à leurs pratiques parentales étaient ceux qui recevaient le moins de soutien émotionnel (Ayala-Nunes, Nunes et Lemos, 2017 et Quittner et Glueckauf, 1990). De plus, Taylor, Conger et Robins (2015) mentionnent que la perception du soutien social chez les mères contribue à la compétence sociale chez l'enfant, en raison d'une relation positive avec les pratiques parentales de surveillance maternelles. Par ailleurs, l'étude de Telleen, Herzog et Kilbane (1989) indique que l'insertion d'un programme de soutien familial a un impact bénéfique sur le stress lié aux pratiques parentales. En effet, après seulement trois mois de participation au programme, les mères (n=16) ont ressenti moins d'isolement social et moins de stress relié à leurs pratiques parentales. Ainsi, les pratiques parentales semblent être corrélées positivement au soutien social (Belsky, 1984). Selon le même auteur, il existe trois façons dont le soutien social se traduit : le soutien émotionnel, l'assistance instrumentale et les attentes

sociales. Ces types de soutien peuvent influencer les parents directement (lorsque le comportement du parent est affecté) ou indirectement (par des facteurs médiateurs) (Belsky, 1984). Il existe aussi trois sources de stress dans le modèle de Belsky (1984) : la relation matrimoniale (qui est le soutien le plus important pour les parents), le réseau social et le travail. L'étude de Dielman, Barton et Cattell (1977) montre une association entre l'hostilité entre conjoints et l'usage fréquent de punition envers l'enfant. Notons également que Belsky (1984) mentionne que l'isolement social est un facteur de risque et est corrélé à des pratiques parentales dysfonctionnelles. Par ailleurs, certaines études démontrent que le statut d'emploi de la mère affecte la qualité et la quantité des comportements de parentage de sa part et de la part de son conjoint (Belsky, 1984).

Belsky (1984) indique que lorsque deux déterminants sur trois du parentage sont à risque, le fonctionnement parental est plus protégé lorsque le déterminant des ressources personnelles et psychologiques du parent fonctionne toujours. Il est alors moins protégé lorsque le déterminant des caractéristiques de l'enfant est toujours en place. Ainsi, Belsky (1984) mentionne que les ressources personnelles et psychologiques du parent sont le déterminant le plus important, car il affecte directement sur le fonctionnement parental et indirectement sur le contexte des sources de soutien. Le tableau II, tiré de l'article de Belsky en 1994, montre les impacts possibles du fonctionnement parental face à différentes situations.

Tableau II : Modèle des déterminants du parentage selon les différentes conditions (Belsky, 1984)

RELATIVE PROBABILITY OF PARENT FUNCTIONING COMPETENTLY	CONDITIONS OF THE PARENTAL SUBSYSTEMS		
	Parental Personality and Psychological Well-Being	Contextual Subsystems of Support	Child Characteristics
Highest	+	+	+
	+	+	-
	+	-	+
	-	+	+
	+	-	-
	-	+	-
	-	-	+
Lowest	-	-	-

NOTE.—Plus sign (+) stands for supportive mode; minus sign (-) stands for stressful mode.

Notons également qu'en 1989, Belsky et Vondra ont repris le même modèle des déterminants du parentage. Les mêmes trois grandes catégories étaient présentes. Cependant, la

première catégorie, les ressources psychologiques et personnelles du parent, a été divisé différemment. Dans cette version, ce déterminant inclut la personnalité du parent, les troubles psychologiques ainsi que l'historique développemental du parent. On retrouve toutefois les sous-sections du modèle de 1984 à l'intérieur des nouvelles sections dans la version de 1989. Ainsi, le modèle n'a pas vraiment été modifié, simplement confirmé après 5 années. D'un autre côté, le modèle des déterminants du parentage de Belsky (1984) a été utilisé à plusieurs reprises au sein de plusieurs recherches. La prochaine sous-section présente ces recherches.

2.1.3 Recherches

Cette sous-section résume quelques recherches ayant utilisé le modèle de Belsky (1984) comme cadre théorique, tout comme cette présente étude.

Le modèle de Belsky (1984) a été utilisé à l'intérieur de plusieurs recherches empiriques, de mémoires et de thèses universitaires. Dans un premier temps, Belsky lui-même et sa collègue Volling (1991) ont utilisé le modèle pour étudier l'influence de la personnalité du père de famille, du tempérament de l'enfant, de la relation matrimoniale et du lien famille-travail sur les interactions entre le père et son enfant et le niveau de responsabilité du père face à son enfant. Les résultats indiquent que les caractéristiques de la personnalité du père ont un impact sur la prédiction du niveau de responsabilité du père, seulement pour les familles avec un salaire. Ces résultats sont compatibles avec les études antérieures (Volling et Belsky, 1991). D'un autre côté, les facteurs contextuels reliés au mariage et au travail étaient significatifs pour prédire les responsabilités paternelles pour les deux types de familles (avec ou sans salaire). La recherche avait pour but de valider le modèle des déterminants du parentage de Belsky (1984). En effet, les résultats ont supporté l'idée de départ de Belsky, selon laquelle certains déterminants (la personnalité du parent) sont plus significatifs pour prédire l'engagement paternel, dans un contexte donné (un salaire) (Volling et Belsky, 1991).

Dans le mémoire de maîtrise de Giraudo (2001), le modèle de Belsky (1984) a été utilisé pour étudier le père comme un élément important de la famille, en fonction de son style disciplinaire. Ce modèle a permis d'aider l'auteur à choisir les différents déterminants à prendre

en compte dans l'étude qu'il a ensuite menée. Au final, les résultats obtenus ont permis de constater que : « les types de discipline autoritaire et démocratique sont en relation avec la perception que le père a du tempérament de son enfant, et ce, seulement en fonction du sexe de ce dernier » (Giraud, 2001, p.52).

Dans la thèse de doctorat de Morse (2010), le fonctionnement psychoémotionnel du parent, ainsi que ses croyances et ses attitudes envers leurs méthodes d'éducation des enfants sont mis en relation avec les habiletés des parents de manifester des pratiques parentales dites empathiques. L'auteur a aussi trouvé que les facteurs comme l'historique d'abus des parents, les traits de personnalité inadaptés, l'âge et les caractéristiques des enfants influencent les pratiques parentales de manière indirecte, c'est-à-dire qu'ils ont un impact sur le niveau de détresse psychoémotionnelle du parent ce qui influence les pratiques parentales. Ainsi, cette étude offre un soutien au modèle de Belsky (1984), puisqu'elle montre que les caractéristiques des parents sont les prédicteurs les plus importants pour les pratiques parentales empathiques, dans ce cas-ci (Morse, 2010).

Bien qu'il existe plusieurs études qui montrent un lien entre un tempérament difficile d'un enfant et des pratiques parentales manifestant moins de soutien et parfois même des pratiques problématiques, Belsky (2014) indique qu'il faut rester prudent. En effet, l'auteur du modèle des déterminants du parentage mentionne que :

Tout [les résultats des études antérieures] cela ne veut pas dire, cependant, que la variation de la parentalité est exclusivement — ou même principalement — une fonction du tempérament ou du comportement de l'enfant, seulement qu'il apporte une contribution, en particulier lorsqu'il est considéré dans le contexte d'autres sources d'influence [Traduction libre] (p.2).

Belsky (2014) mentionne aussi que son modèle a presque 25 ans maintenant et que le plus important reste à comprendre pourquoi les parents utilisent certaines pratiques. Il continue en disant que cette compréhension se trouve dans l'accumulation de stress et de soutien, ou en d'autres termes, de facteurs de risque et de protection. Par conséquent : « bien que les données [des études] attirent l'attention sur certains déterminants sociaux et contextuels de la parentalité,

ceux-ci doivent être considérés dans leur contexte, c'est-à-dire dans le contexte incluant plusieurs déterminants » (Belsky, 2014, p.3).

2.1.4 Résumé

En résumé, le modèle des déterminants de Belsky (1984) est un modèle du fonctionnement parental. Il englobe trois grands déterminants : les ressources personnelles et psychologiques du parent, les caractéristiques de l'enfant et le contexte des sources de stress et du soutien. Dans un premier temps, les ressources personnelles et psychologiques du parent font référence à l'âge, la dépression et les expériences vécues durant l'enfance. Dans un deuxième temps, les caractéristiques de l'enfant qui font référence, entre autres, au tempérament. Enfin, les sources de soutien incluent le soutien émotionnel, l'assistance instrumentale et les attentes sociales, tandis que les sources de stress contiennent la relation matrimoniale, le réseau social et le travail. Dans cette présente étude, l'importance de choisir ce modèle s'inscrit premièrement dans le fait que celui-ci est basé sur des recherches faites sur la maltraitance et deuxièmement dans le fait que les caractéristiques de l'enfant (le deuxième déterminant) font référence, entre autres, au tempérament de l'enfant, un concept central de cette étude. En effet, la partie importante qui est prise en considération dans cette étude est en fonction du deuxième déterminant du parentage. Pour cette étude, les parties du modèle retenu s'illustrent par la figure 3.

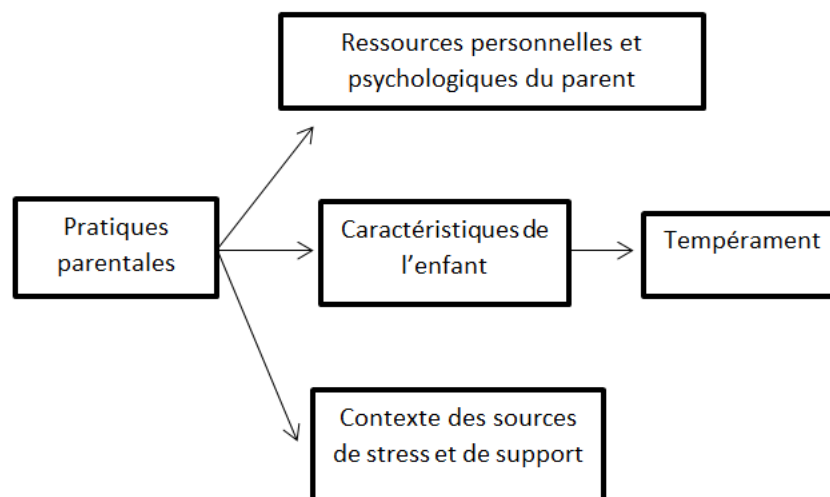


Figure 4 : Parties du modèle de Belsky retenues pour cette étude

Jusqu'à maintenant, la définition du concept des pratiques parentales, le modèle des déterminants de Belsky (1984), ainsi que des recherches ayant pour cadre théorique ce modèle ont été mis de l'avant. Afin de poursuivre ce cadre théorique, la prochaine section définit le prochain concept, le tempérament, et explicite le modèle de Rothbart et Derryberry (1981).

2.2 Tempérament

Cette section aborde tout d'abord une définition plus détaillée du concept du tempérament. Par la suite vient l'introduction du modèle du tempérament de Rothbart et Derryberry (1981) qui s'inspire de l'approche psychobiologique. Ce modèle est utilisé comme cadre théorique afin d'élaborer des questions spécifiques et des hypothèses de recherche.

Selon Eisenberg et Murphy (1995), le tempérament de l'enfant et son style d'interaction avec autrui ont un impact sur la façon dont les parents réagissent et disciplinent leurs enfants. Dans la présente étude, ce lien important entre les pratiques parentales et le tempérament est étudié. Le tempérament peut être défini comme un ensemble des caractéristiques émotionnelles et comportementales des enfants, ayant une base constitutionnelle. Ces caractéristiques peuvent être modifiées à travers différents contextes et influencent les réponses des enfants face aux stimuli sociaux et non sociaux (Campos, Barrett, Lamb, Goldsmith et Stenberg, 1983). Bien que cette définition du tempérament soit utilisée pour cette présente étude en fonction de son attachement au modèle de Rothbart et Derryberry (1981), il existe plusieurs définitions du concept qui sont apparues avec les multiples cadres théoriques entourant le tempérament (Lemelin et Therriault, 2012). Malgré les différences entre les théories, il existe des points selon lesquels tous les auteurs sont d'accord. Dans un premier temps, le tempérament réfère à un ensemble de dimensions ou de traits. Ensuite, le tempérament est interprété comme un ensemble de prédispositions plutôt que de relations de cause à effet. Enfin, le tempérament possède une base biologique et est relativement stable dans le temps (Rothbart et Gartstein, 2008).

Parmi les théories et modèles abondants dans la littérature, il existe cinq théories plus populaires. Le tableau III résume ces cinq théories et présente, pour chacune d'entre elles, la

définition du tempérament et les dimensions du tempérament qui sont évaluées. À noter que dans le cadre de ce mémoire, la théorie de Rothbart et Derryberry (1981) est retenue comme cadre théorique en raison de l'influence qu'a l'environnement sur le tempérament, puisque celui-ci inclut les pratiques parentales. De plus, le modèle retenu comporte différents types de réponses possibles de l'enfant qui peuvent être considérées comme des symptômes d'un traumatisme.

Tableau III : Différents cadres théoriques du tempérament

	Définition du tempérament	Dimensions
Thomas et Chess (1977)	La manière dont les comportements sont exprimés par l'enfant	Dimensions : le niveau d'activité motrice, la rythmicité ou la régularité des fonctions biologiques, l'approche et le retrait, l'adaptabilité, le seuil de réactivité sensorielle, l'intensité des réactions, la qualité de l'humeur, la distractibilité et la durée d'attention ou la persévérance. Catégories : les enfants avec un tempérament facile, les enfants avec un tempérament difficile et les enfants ayant un tempérament lent à s'échauffer
Buss et Plomin (1975, 1984)	Réfère aux traits de base de la personnalité	La sociabilité, l'activité et l'émotivité
Bates (1980)	Mesure le tempérament par les comportements des enfants, mais aussi de l'observateur pour prendre en considération les biais possibles	L'irritabilité/difficulté, l'adaptabilité, l'humeur/activité et la régulation
Goldsmith et Campos (1990)	L'accent est mis sur les différences individuelles dans la manière de ressentir et exprimer les émotions de base	Le niveau d'activité, la tendance à exprimer du plaisir, la crainte sociale, la prédisposition à la colère et l'intérêt/attention
Rothbart (1991)	Les différences individuelles au sujet de la réactivité et de l'autorégulation en s'appuyant sur une base constitutionnelle	L'émotivité négative, l'extraversion et le contrôle exigeant de l'effort

Maintenant que le concept du tempérament a été défini et que le portrait des théories et des modèles existant sur ce concept a été dressé, il convient d'approfondir le modèle choisi dans cette présente étude, soit le modèle du tempérament de Rothbart et Derryberry (1981). Celui-ci est présenté dans la prochaine sous-section.

2.2.1 Modèle du tempérament de Rothbart

Dans cette théorie, la dimension de l'émotion fait partie de la définition, ainsi que la dimension de la réactivité de l'enfant (Lemelin et Therriault, 2012). Rothbart et Derryberry (1981) ont défini le tempérament comme étant les différences individuelles au sujet de la réactivité et de l'autorégulation en s'appuyant sur une base constitutionnelle. Le terme réactivité dans cette définition est défini comme : « l'éveil de multiples systèmes physiologiques et comportementaux de l'organisme tels que reflétés dans les paramètres de réponse du seuil [de tolérance], de la latence, de l'intensité, du temps de réveil et du temps de récupération » [Traduction libre] (Rothbart, 1991, p.61). L'auteure indique que l'autorégulation signifie : « les processus agissant pour moduler la réactivité comme le niveau comportemental, l'attention sélective, la réactivité aux signaux indiquant la récompense et la punition, l'inhibition comportementale aux stimuli nouveaux ou intenses et le contrôle volontaire » [Traduction libre] (Rothbart, 1991, p.61). Finalement, l'auteure mentionne que la base constitutionnelle fait référence aux : « aspects relativement durables de la constitution de l'organisme, influencé au fil du temps par l'hérédité, la maturation et l'expérience » [Traduction libre] (Rothbart, 1991, p.61). Cette théorie mesure le tempérament selon trois dimensions : l'émotivité négative, l'extraversion et le contrôle exigeant de l'effort. Ceux-ci sont des indicateurs retenus dans le Children's Behavior Questionnaire, utilisé dans la présente étude (Putnam et Rothbart, 2006). Ainsi, le tempérament de l'enfant est mesuré selon l'émotivité négative, l'extraversion et le contrôle exigeant de l'effort.

Dans ce modèle du tempérament, les processus d'autorégulation augmentent graduellement avec le développement de l'enfant pour ensuite moduler les processus de réactivité (Rothbart et Derryberry, 1981). Rothbart (1989) explique que le tempérament est influencé par les contextes et les expériences de vie, donc que le tempérament se développe avec le temps. En effet, vers l'âge du préscolaire, les enfants démontrent une augmentation du

contrôle de leur attention et de leurs activités motrices qui viennent influencer leur développement. Cette dimension du tempérament est le *effortful or inhibition control*, soit le contrôle exigeant de l'effort ou de l'inhibition (Rothbart, 1989). Bref, tel qu'illustré à la figure 4, le modèle du tempérament (Rothbart, 1991) prend en considération les conditions de réactivité, la réactivité elle-même, les différentes dimensions touchées par la réactivité, le contrôle exigeant de l'effort, l'autorégulation et les comportements reliés à cette autorégulation. Ces différentes parties du modèle sont approfondies au sein du prochain paragraphe.

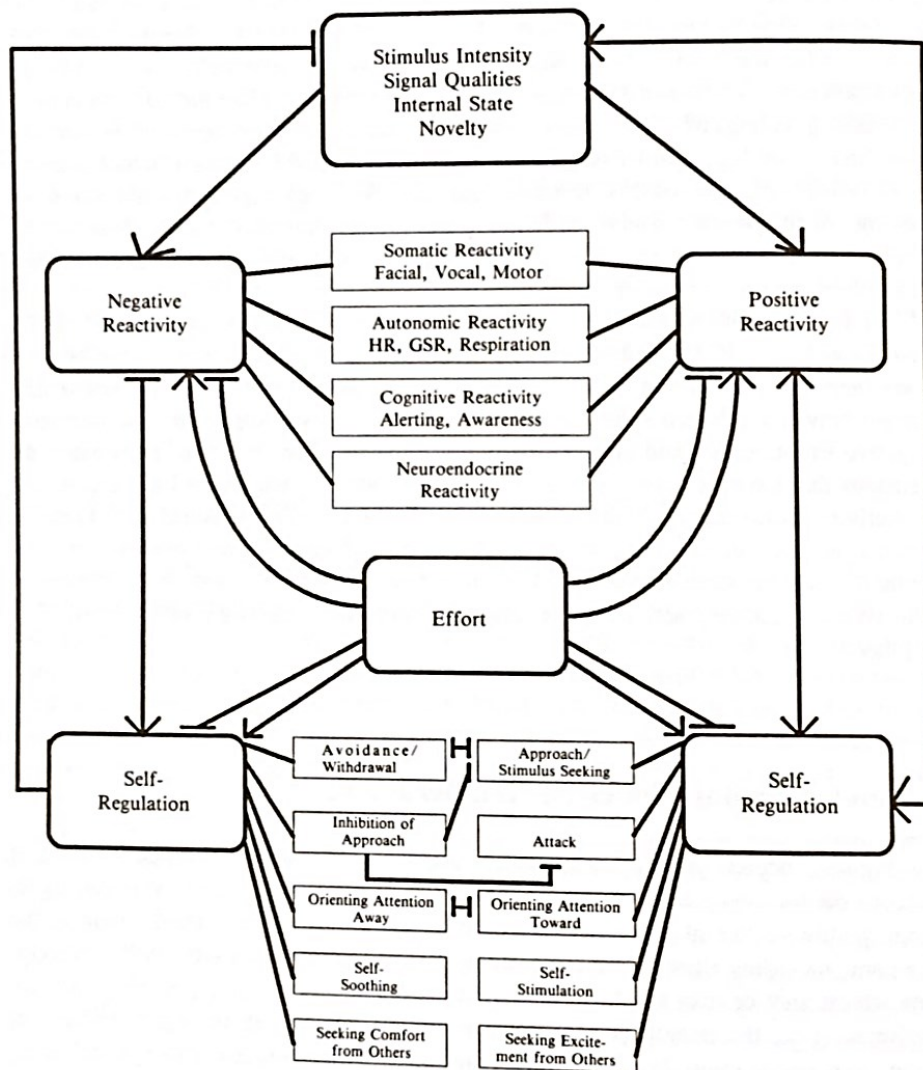


Figure 4.2. A framework for temperament. Arrows indicate facilitation; straight lines at the end of connecting lines, inhibition; direct connecting lines from larger to smaller boxes, more specific instances of a more general category. The figure does not describe all possible connections, but is designed to illustrate a general framework.

Figure 5 : Modèle du tempérament (Rothbarth, 1991)

Ce modèle indique que l'intensité des stimuli, les signaux de qualités (les signaux de récompenses ou de punitions), l'état interne de l'individu (par exemple la fatigue ou les attentes face à une situation) et la nouveauté affectent la réactivité de l'enfant afin qu'elle soit positive ou négative (Rothbart, 1991). Ces deux types de réactivité peuvent mener à plusieurs réactions somatiques (faciales, vocales, moteurs), automatiques (respiration), cognitives (alerte) et/ou neuroendocrines (réaction). De plus, le contrôle exigeant de l'effort peut faciliter les réactivités positives et négatives, mais peut aussi les inhiber. Notons également que cette théorie indique que la réactivité et l'autorégulation illustrent l'interaction entre la cognition et l'émotion de l'enfant. La réactivité positive est définie par la tendance à réagir de manière positive, par exemple en riant ou en souriant. Ce type d'enfant est excité facilement et est physiquement actif. À l'opposé, la réactivité négative est la tendance à réagir de manière négative, par exemple en manifestant des comportements de tristesse, de frustration, de colère et de peur. L'autorégulation est définie par la capacité de l'enfant à se concentrer, à gérer ses émotions et à contrôler ses impulsions et s'améliore avec l'âge, le développement du cerveau et la pratique. Une réactivité positive influence l'autorégulation qui se manifeste avec plusieurs comportements dont ceux d'approches et de recherche de stimuli, d'attaque, d'orientation d'attention, d'autostimulation et de recherche d'excitation chez les autres. Par ailleurs, l'autorégulation peut à son tour influencer la réactivité positive. À l'opposé, la réactivité négative influence l'autorégulation qui se manifeste par des comportements d'évitement et retrait, d'inhibition de l'approche, de détour de l'attention, d'autoapaisement et de recherche de confort chez les autres. Notons également que l'autorégulation peut, à son tour, inhiber la réactivité négative (Rothbart, 1991).

En 1997, Derryberry et Rothbart ont ajouté à leur modèle la notion de systèmes. En effet, ces auteurs indiquent que les systèmes de motivation et d'attention régulent les différentes réponses ou perceptions lorsque l'enfant fait face à une nouvelle information significative. Les systèmes de motivation incluent : le comportement appétitif et d'approche (*appetitive and approach behavior*), le comportement craintif (*fearful behavior*), le comportement de frustration et d'agressivité (*frustrative and aggressive behavior*) et le comportement affectif et d'épanouissement (*affiliative and nurturant behavior*). Dans un premier temps, le comportement appétitif et d'approche fait référence à la mobilisation de comportement

d'approche vers des stimuli qui se veulent devenir des événements positifs. Ensuite, selon les mêmes auteurs, le comportement craintif correspond à la création de mécanismes reliée à la motivation défensive ou de peur. Le comportement de frustration et d'agressivité se manifeste lors de la restriction de comportement agressif de défense. Finalement, les auteurs expliquent que le comportement affectif et d'épanouissement fait référence à la régulation des comportements sociaux.

D'un autre côté se trouvent les systèmes d'attention qui incluent le système de vigilance, le système attentionnel postérieur et le système attentionnel antérieur. Derryberry et Rothbart (1997) expliquent que le système de vigilance fait référence à l'entretien et l'ajustement des alertes, afin d'éviter les distractions et de focaliser l'attention sur les stimuli importants. Par la suite, le système attentionnel postérieur correspond au changement de l'attention d'un endroit à un autre (Derryberry et Rothbart, 1997). Enfin, selon les mêmes auteurs, le système attentionnel antérieur correspond à la régulation du système précédent, soit le système attentionnel postérieur ainsi que l'attention des informations sémantique. Le contrôle exigeant de l'effort se retrouve dans ce système.

Bien que l'ajout des systèmes de motivation et d'attention soit très intéressant pour le modèle de Rothbart et collègues, ils ne sont pas utilisés dans cette présente étude, car le questionnaire utilisé ne prend pas en considération ces systèmes. En effet, dans ce projet, une attention particulière se fait sur le modèle de base (voir figure 4). Plus particulièrement, la partie supérieure du modèle est gardée pour cette étude.

Tableau IV : Notions de la théorie du tempérament de Rothbart et collègues utilisées ou non dans cette étude

Notions de la théorie du tempérament de Rothbart et collègues	Utilisées dans cette étude	Pas utilisées dans cette étude
Intensité des stimuli Signaux de qualités État interne Nouveauté	x	
Réactivité positive et négative	x	
Réponses somatiques, automatiques, cognitives et neuroendocrines	x	
Contrôle exigeant de l'effort	x	
Autorégulation		x
Manifestation de l'autorégulation		x
Système de motivation et d'attention		x

Ainsi, l'intensité des stimuli, les signaux de qualité, l'état interne de l'individu et la nouveauté, les réactivités positives et négatives, les réponses somatiques, automatiques, cognitives et neuroendocrines et le contrôle exigeant de l'effort font partie intégrante du modèle utilisé dans cette étude. Par conséquent, les notions d'autorégulation ainsi que les différentes formes de manifestation de l'autorégulation ne sont pas prises en considération dans ce projet. En effet, dans le cadre de cette étude qui s'inscrit à l'intérieur de celle de Desbiens (2017), le tempérament est considéré comme une variable de contrôle et non d'intérêt. Ainsi, le besoin de mesurer tous les indicateurs n'est pas nécessaire. C'est pourquoi seuls les indicateurs les plus stables ont été retenus. Les parties du modèle retenu sont illustrées au tableau IV et à la figure 6.

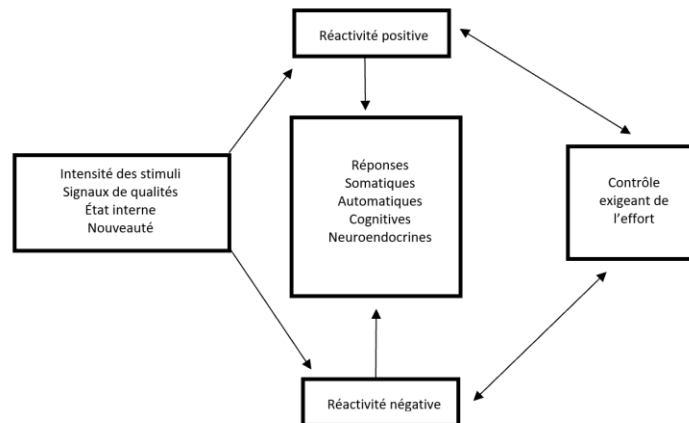


Figure 6 : Parties du modèle du tempérament retenues dans cette étude

2.2.2 Résumé

L'approche psychobiologique du tempérament de Rothbart et de ses collaborateurs est une approche mettant en interaction la réactivité, l'autorégulation et l'émotion de l'enfant sur une base constitutionnelle (aspects relativement durables de la constitution de l'organisme, influencé au fil du temps par l'hérédité, la maturation et l'expérience). Le tempérament évolue avec le temps et peut être influencé par l'environnement. Cet aspect de l'approche de Rothbart est primordial dans cette présente étude. En effet, l'environnement de l'enfant qui inclut les pratiques parentales de ses parents peut ainsi affecter son tempérament. De plus, selon le modèle de Rothbart, il y a plusieurs réponses (somatiques, cognitives, automatiques et neuroendocrine) à la réactivité positive ou négative de l'enfant. Ces réponses sont étroitement reliées et peuvent être considérées comme des symptômes d'un traumatisme. En effet, ces réponses font partie de la classification des symptômes traumatiques dans la théorie de la traumatologie développementale, expliquée dans les prochaines pages. Pour ces raisons, l'approche psychobiologique du tempérament est l'approche la plus utile pour cette étude.

Dans cette section, la définition du concept du tempérament et le modèle du tempérament de Rothbart et Derryberry (1981) ont été couverts. La prochaine section de ce cadre théorique a pour objet les symptômes traumatiques. Une définition du concept et la présentation de la traumatologie développementale sont abordées.

2.3 Symptômes traumatiques

Cette section aborde tout d'abord une définition plus détaillée du concept des symptômes traumatiques. Par la suite vient l'introduction du modèle des symptômes de l'état du stress post-traumatique (De Bellis, 2001), qui s'insère dans la théorie de la traumatologie développementale. Ce modèle est utilisé comme cadre théorique afin d'élaborer des questions spécifiques et des hypothèses de recherche.

Le concept de traumatisme complexe a été défini, au courant des dernières années, afin d'aider à comprendre l'adaptation des enfants victimes de maltraitance (Milot, St-Laurent, Éthier, Lafantaisie et Provost, 2012). En effet, de plus en plus de recherches et travaux s'orientent vers la traumatologie développementale, ainsi que le modèle de stress traumatique pour mieux saisir les difficultés associées à la maltraitance (Milot, St-Laurent, Éthier, Lafantaisie et Provost, 2012). De cette théorie et de ce modèle ressort le postulat que la maltraitance est : « [...] une forme sévère et chronique de traumatisme psychique ayant des conséquences multiples sur le développement de l'enfant » (Milot, St-Laurent, Éthier, Lafantaisie et Provost, 2012, p.17). Ainsi, dans cette théorie, la maltraitance n'est pas simplement définie par les conduites spécifiques des adultes sur des enfants, mais aussi par ses conséquences. Parmi ces conséquences multiples se trouvent celles sur le plan épigénétique, neurobiologique et psychologique. En effet, les effets négatifs de la maltraitance peuvent se faire voir sur plusieurs sphères du développement de l'enfant. L'étude de Cicchetti, Rogosch, Sturge-Apple et Toth (2010) démontre qu'au plan épigénétique, les enfants avec une version courte du gène 5 — HTTLPR (le gène à l'origine du transporteur de la sérotonine) sont plus vulnérables aux comportements d'abus parental. Au niveau neurobiologique, plusieurs études (Bremner, Kirmayer, Lemelson et Barard, 2007, De Bellis, 2005, Perry, 2008) ont remarqué un changement au niveau de régions cérébrales, de neurotransmetteurs, de neurohormones et d'autres systèmes chez les enfants maltraités. Au plan psychologique, les recherches ont identifié des émotions comme la honte et la colère (Bennett, Sullivan et Lewis, 2005) et un faible niveau d'estime de soi (Bolger, Patterson et Kupersmidt, 1998) pour expliquer les comportements inadaptés des enfants. Cette introduction au concept du traumatisme complexe est approfondie dans le prochain chapitre qui introduit aussi la traumatologie développementale.

2.3.1 Traumatologie développementale

Le concept de traumatisme psychique est différent du traumatisme physique. Le premier se définit comme étant : « [...] un état ou une blessure, qui résulte d'un état émotionnel intense, caractérisé par des sentiments d'impuissance, de perte de contrôle et de vulnérabilité extrême » (Milot, St-Laurent, Éthier, Lafantaisie et Provost, 2012, p.17). Les mêmes auteurs mentionnent aussi que : « le stress vécu est si intense qu'il choque, blesse, et peut entraîner des conséquences à long terme, d'où l'expression 'stress traumatique' » (p.17). En effet, ce concept peut s'appeler traumatisme complexe ou bien état de stress post-traumatique complexe. Herman (1992) explique que ce concept a été introduit dans les années 1990 pour différencier les conséquences d'un événement traumatique isolé avec les conséquences des traumatismes relationnels et chroniques. Notons également que les symptômes découlant de l'exposition chronique à des traumatismes peuvent être classés en sept catégories : les relations d'attachement, la régulation des émotions, la régulation des comportements, le fonctionnement cognitif, la dissociation, la régulation physiologique et la conscience de soi. Les symptômes classiques de l'état de stress post-traumatique (l'intrusion, l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative) sont aussi présents chez les enfants maltraités (Milot, St-Laurent, Éthier, Lafantaisie et Provost, 2012).

Selon De Bellis (2001), la traumatologie développementale peut être vue comme un trouble de développement complexe influencé par l'environnement. En effet, l'auteur explique que : « la traumatologie développementale est l'étude systémique de l'impact psychiatrique et psychobiologique de la violence excessive et chronique (maltraitance infantile) sur le développement de l'enfant » [Traduction libre] (p.539). Dans cette théorie, l'abus et la négligence sont les formes de dysfonction les plus difficiles à vivre sur le continuum des traumatismes familiaux et interpersonnels (De Bellis, 2001). De cette théorie découle le modèle des symptômes de l'état du stress post-traumatique illustré à la figure 6 :

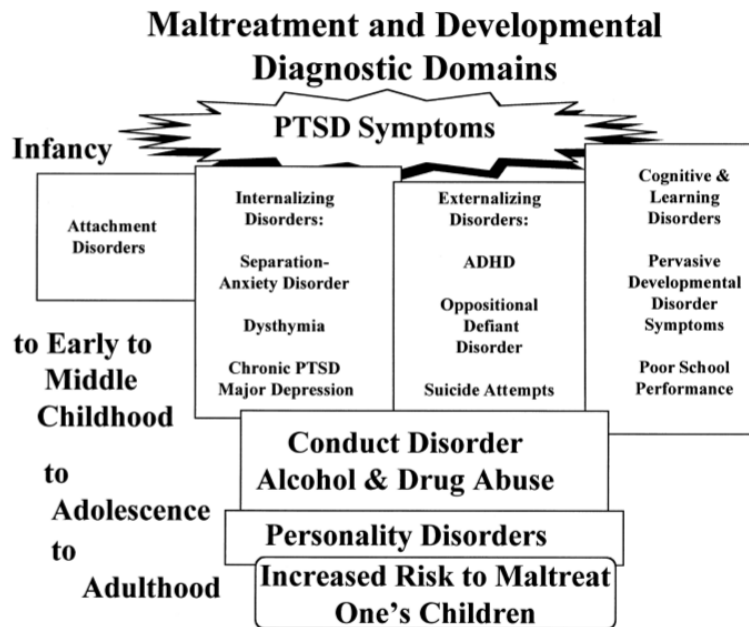


Figure 7 : Modèle des symptômes de l'état du stress post-traumatique (De Bellis, 2001)

De Bellis (2001) explique que dans ce modèle des symptômes du stress post-traumatique, le traumatisme ne dépend pas seulement de l'acte de maltraitance en lui-même, mais aussi de la relation entre la victime et l'abuseur. C'est pour cette raison que les traumatismes interpersonnels peuvent être plus chroniques et sévères que les traumatismes qui ne sont pas personnels. Ainsi, dans ces types de traumatismes, l'enfant se voit perdre sa confiance envers son parent ou sa figure d'autorité (De Bellis, 2001). L'auteur explique que les symptômes de l'état du stress post-traumatique sont des réponses communes face à un stressor comme la maltraitance. En effet, ce sont les changements dans les systèmes biologiques du stress qui causent les symptômes psychopathologiques, comme les symptômes liés au stress post-traumatique (De Bellis, 2001). De cette façon, le modèle explique que les jeunes enfants peuvent développer des symptômes comme un trouble de l'attachement, de l'anxiété de séparation, de la dysthymie, un trouble du stress post-traumatique chronique, de la dépression majeure, un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, un trouble oppositionnel avec déviance, des tentatives de suicide, des symptômes du trouble envahissant du développement et des mauvaises performances scolaires, et ce jusqu'aux début et milieu de l'enfance. Des troubles de la conduite et de l'abus d'alcool et de drogues sont des symptômes

remarqués jusqu'à l'adolescence. De cette période jusqu'à l'âge adulte, les personnes sont à risque de développer des troubles de la personnalité. Finalement, à l'âge adulte, ces individus peuvent être plus enclins à maltraiter leur propre enfant (De Bellis, 2001).

2.3.2 Résumé

En résumé, la traumatologie développementale définit la maltraitance comme un des traumatismes les plus intrusifs au développement de l'enfant. L'exposition à ceux-ci au courant de l'enfance peut mener à plusieurs symptômes reliés à un état de stress post-traumatique. L'importance d'utiliser la traumatologie développementale et le modèle des symptômes de stress post-traumatiques vient du fait qu'ils englobent d'une part la population victime de maltraitance et d'autre part les conséquences observées sous l'effet des symptômes suite à un traumatisme. De plus, la traumatologie développementale indique que l'environnement est un facteur important au développement de l'enfant. Ainsi, le questionnement mettant en lien les pratiques parentales (l'environnement) et les symptômes traumatiques est toujours valable. La partie du modèle de la traumatologie développementale qui est utilisée dans cette étude est celle qui correspond à la période de la jeune enfance jusqu'au milieu de l'enfance, c'est-à-dire environ entre 5 et 9 ans (voir figure 8).

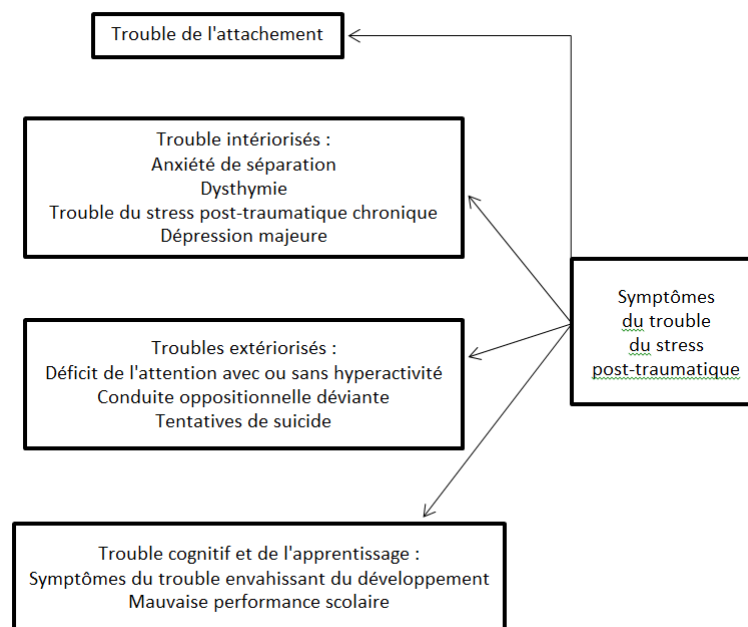


Figure 8 : Parties du modèle de traumatologie développementale retenues pour cette étude

Dans cette section, la définition du concept des symptômes traumatiques et la traumatologie développementale (De Bellis, 2001) ont été explicitées. La prochaine section porte sur la psychopathologie développementale qui vient englober les trois autres approches mentionnées dans ce cadre théorique.

2.4 Psychopathologie développementale

Ce cadre théorique est utilisé dans cette présente étude pour plusieurs raisons. En effet, la psychopathologie développementale incorpore les facteurs de risques pour expliquer le développement, entre autres, des symptômes traumatiques. De plus, cette théorie englobe les notions des trois cadres théoriques précédents.

Tout d'abord, la psychopathologie développementale est une sous-discipline de la psychologie (Perret et Faure, 2006), mais se distingue de celle-ci par son paradigme qui incite à : « [...] penser l'organisation des troubles psychologiques comme l'expression de processus par essence développementaux » (Perret et Faure, 2006, p.8). La principale caractéristique de cette théorie est que : « [...] nos conceptions du développement troublé sont étroitement dépendantes de notre niveau de compréhension du développement en général » (Perret et Faure, 2006, p.9). En effet, la psychopathologie développementale ne fait pas référence aux troubles spécifiques à l'enfance, mais à l'approche développementale sous-jacente (Perret et Faure, 2006). Un des concepts importants de cette approche est le concept de trajectoire développementale (Sroufe, 1997). Ce concept se définit par le fait de voir : « les formes générales du développement comme une série d'embranchements successifs qui déterminent des trajectoires différentes » (Perret et Faure, 2006, p.14). Ainsi, les troubles psychopathologiques peuvent être vus comme des situations d'inadaptation qui sont le résultat de trajectoires développementales précises (Perret et Faure, 2006). Notons également que : « [...] le fonctionnement actuel de l'individu a été orienté par des mécanismes d'adaptation antérieurs qui, en répondant à des contraintes particulières, ont amené le trouble à se construire sur lui-même » (Perret et Faure, 2006, p.16).

En psychopathologie, deux types de facteurs sont considérés lors de l'émergence de troubles. Ceux-ci sont présentés à la figure 8. Dans un premier temps, les facteurs propres à l'individu et qui sont relativement stables dans le temps sont appelés les facteurs endogènes. Dans un deuxième temps, les facteurs environnementaux se définissent par des pressions exercées sur la personne par des forces qui lui sont extérieures (Perret et Faure, 2006). Une conception dite transactionnelle est utilisée en psychopathologie développementale : « [...] les manifestations complexes du développement résultent *nécessairement* de phénomènes de transaction entre les caractéristiques de l'individu et celles de son environnement » (Perret et Faure, 2006, p.17).

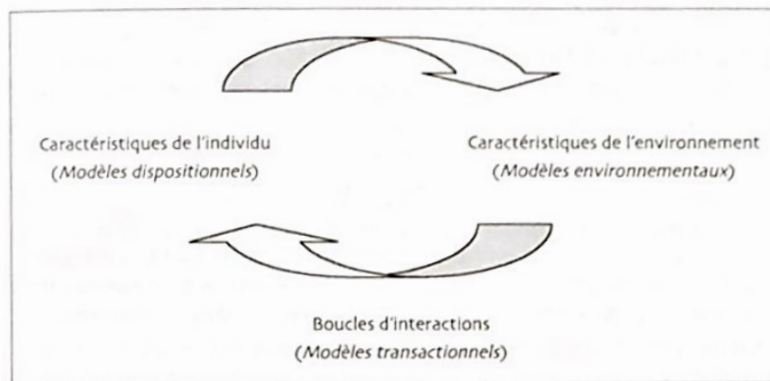


Figure 9 : Modèle transactionnel en psychopathologie développementale (Perret et Faure, 2006)

Il existe deux principes importants en psychopathologie du développement : le principe d'*équifinalité* et le principe de *multifinalité*. Tout d'abord, le principe d'*équifinalité* correspond au fait : « [...] [qu']une même situation d'inadaptation, caractérisée par un mode de fonctionnement comparable, peut être le produit de trajectoire développementale distincte » (Perret et Faure, 2006, p.20). Ensuite, le principe de *multifinalité* se définit par le fait que : « des trajectoires similaires, marquées par des facteurs d'influence communs, peuvent cependant s'exprimer par des fonctionnements divergents » (Perret et Faure, 2006, p.21). Ainsi, selon La Greca, Silverman et Wasserstein (1998), une expérience traumatisante similaire n'a pas nécessairement le même impact sur la trajectoire développementale de chaque individu.

En résumé, la psychopathologie développementale vient englober les trois autres approches mentionnées dans ce cadre théorique. L'importance de retenir cette théorie vient du fait qu'elle englobe et contient certaines parties de chacune des approches précédentes mentionnées dans le cadre théorique. En effet, dans cette étude, les caractéristiques de l'individu ainsi que les caractéristiques de l'environnement, qui peuvent venir influencer les trajectoires développementales peuvent être associées au tempérament de l'enfant et aux pratiques parentales. De plus, le développement et les trajectoires développementales sont associés étroitement aux symptômes traumatiques chez l'enfant. Avec les principes d'*équifinalité* et de *multifinalité*, la manifestation ou non de symptômes peut venir influencer la trajectoire développementale de l'enfant et vice versa.

Jusqu'à maintenant, les trois concepts de base de cette présente étude ont été définis (pratiques parentales, tempérament et symptômes traumatiques). De plus, les modèles, approches ou théories choisis pour ce cadre théorique ont été explicités (le modèle des déterminants du parentage de Belsky [1984], le modèle du tempérament de Rothbart et Derryberry [1981] et la théorie de la traumatologie développementale [De Bellis, 2001]). Finalement, la psychopathologie développementale a été expliquée afin de comprendre comment elle vient rassembler les trois autres approches du cadre. La prochaine section présente le modèle de cette étude qui regroupe les quatre modèles/théories présentés précédemment à l'intérieur du cadre théorique.

2.5 Modèle de cette étude

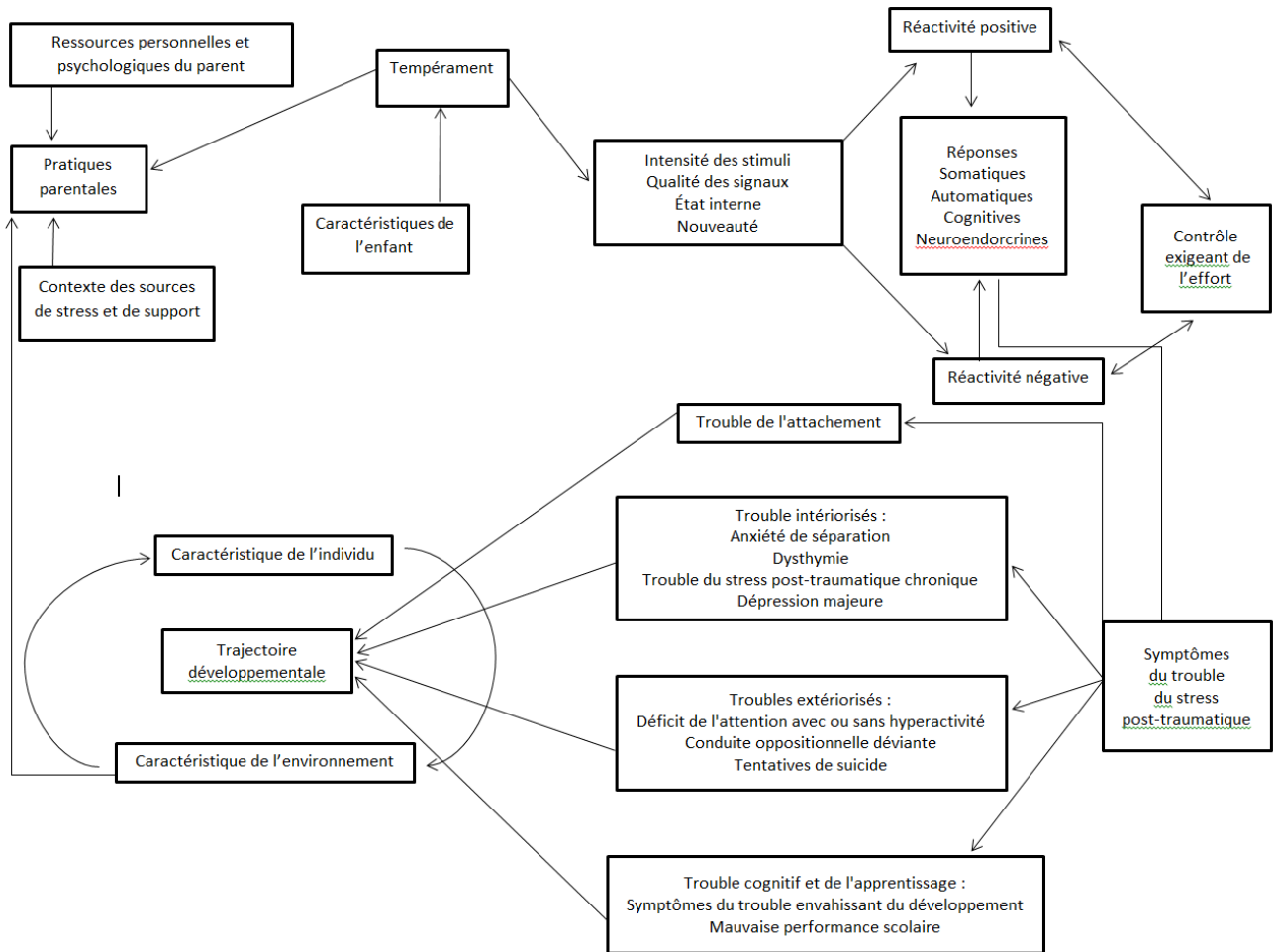


Figure 10 : Modèle de la présente étude

Le modèle en action de cette étude, illustré à la figure 10, regroupe les quatre modèles/théories présentés précédemment à l'intérieur du cadre théorique. Tout d'abord, en haut à gauche du modèle se trouve, en partie, le modèle de Belsky (1984). Les pratiques parentales sont influencées par trois dimensions : les ressources personnelles et psychologiques du parent, le contexte des sources de stress et de soutien et les caractéristiques de l'enfant. Parmi ces caractéristiques se trouve le tempérament de l'enfant. Celui-ci est expliqué par le modèle de Rothbart (1991).

Le tempérament est affecté par l'intensité des stimuli, les signaux de qualités, l'état interne et la nouveauté. Ces quatre conditions peuvent déclencher une réactivité positive ou négative de la part de l'enfant. Cette réactivité influence et est influencée par la dimension du contrôle exigeant de l'effort. Cette réactivité donne aussi naissance à plusieurs réponses possibles de la part de l'enfant. Ce dernier peut réagir de manière somatique, automatique, cognitive et/ou neuroendocrine.

Ces différentes réponses font partie de la classification de la traumatologie développementale concernant les catégories de symptômes du stress post-traumatique. Ces symptômes sont expliqués à l'aide du modèle de la traumatologie développementale selon De Bellis (2001). Celui-ci explique que les symptômes peuvent déclencher plusieurs troubles comme le trouble de l'attachement, les troubles intériorisés et/ou extériorisés et les troubles cognitifs et de l'apprentissage. Les troubles intériorisés incluent l'anxiété de séparation, la dysthymie, le trouble du stress post-traumatique chronique et la dépression majeure. Les troubles extériorisés incluent le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, la conduite oppositionnelle déviante et les tentatives de suicide. Finalement, les troubles cognitifs et d'apprentissage incluent le syndrome du trouble envahissant du développement ainsi que les mauvaises performances scolaires.

Par ailleurs, ces différents troubles peuvent venir influencer la trajectoire développementale de chaque individu de plusieurs manières. En effet, selon la psychopathologie développementale (Perret et Faure, 2006), les différentes trajectoires développementales de vie de chaque individu sont influencées par les caractéristiques de celui-ci, ainsi que les caractéristiques de l'environnement. Ceux-ci forment une boucle sans fin, s'influencent les uns, les autres. Les caractéristiques de l'individu peuvent être reliées aux caractéristiques de l'enfant du modèle des déterminants du parentage de Belsky (1984) et les caractéristiques de l'environnement aux pratiques parentales du même modèle. Cette boucle dans le modèle de l'étude permet de voir que les variables à l'étude sont connectées les unes avec les autres.

Il est tout de même important de mentionner que ce modèle est une représentation graphique du cadre théorique proposé précédemment. Ainsi, cette étude ne mesura pas tous les

concepts présents dans le modèle. Le prochain schéma permet de voir plus exhaustivement les dimensions mesurées dans cette recherche (voir figure 10).

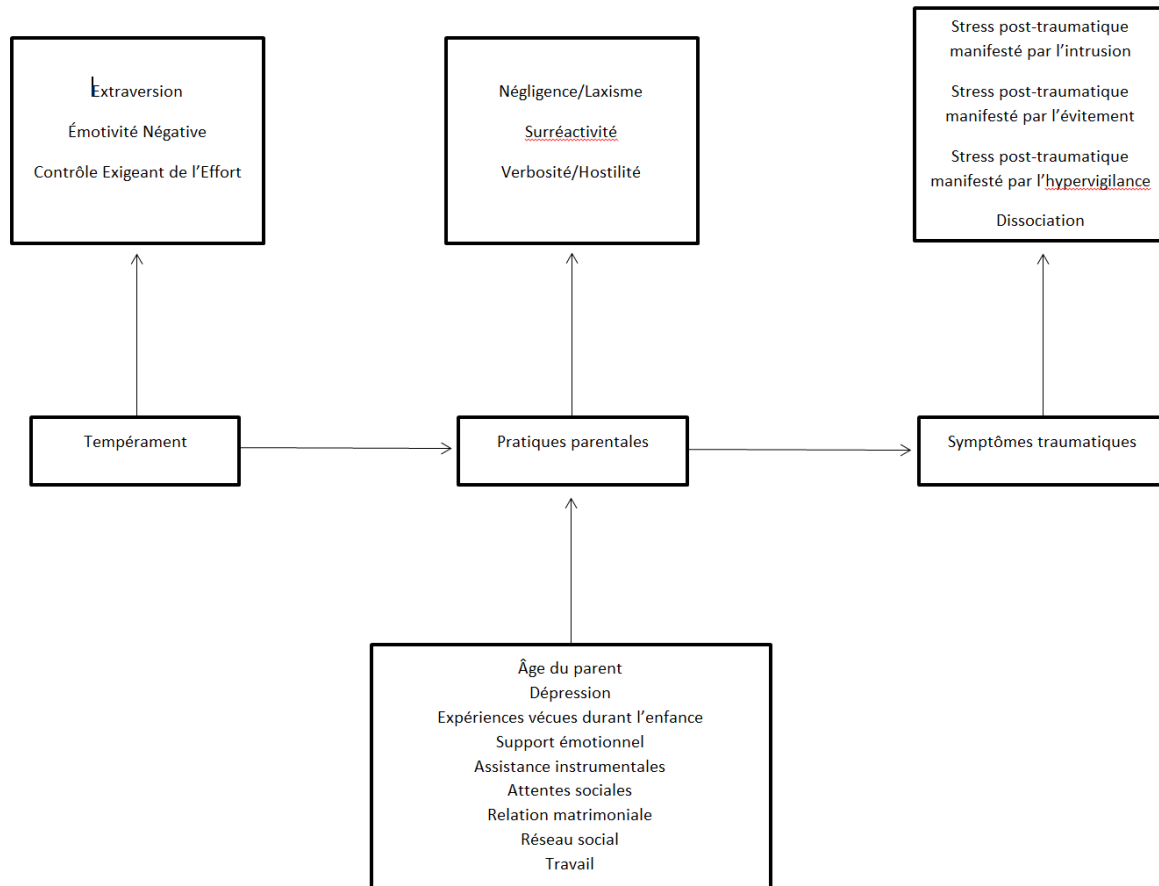


Figure 11 : Schéma de causalité entre les variables à l'étude

Ce schéma représente l'illustration du modèle médiateur/modérateur étudié dans le cadre de l'étude. Effectivement, le questionnement global de ce projet est de tester les effets médiateur et modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et la manifestation de symptômes traumatiques chez les enfants dont le signalement pour maltraitance a été jugé fondé par les services de protection de l'enfance. Ce schéma permet de voir les trois variables primaires de l'étude, ainsi que leurs dimensions mesurées lors de la collecte de donnée (voir section 3.3). Il existe aussi certaines variables contextuelles qui peuvent affecter la variable des pratiques parentales comme l'âge du parent, la présence de dépression chez un parent, les expériences vécues durant l'enfance, le soutien émotionnel, l'assistance instrumentale, les

attentes sociales, la relation matrimoniale, le réseau social et le travail. Ces variables contextuelles proviennent du modèle présenté précédemment, celui de Belsky (1984). Cependant, les variables contextuelles qui ont plus de probabilité d'être mesurées dans cette recherche sont l'âge du parent et la relation matrimoniale. Le modèle de cette étude, ainsi que le schéma de causalité permettent de dégager les questions spécifiques de ce travail. Elles sont présentées dans la prochaine section.

2.6 Questions et objectifs de recherche

La présente étude vise à mieux comprendre comment les pratiques parentales se conjuguent au tempérament pour rendre compte des symptômes traumatiques susceptibles d'être manifestés par les enfants dont le signalement à la protection de la jeunesse a été jugé fondé pour maltraitance. Dans cette optique, nous nous intéressons d'abord au lien corrélationnel existant entre ces variables d'intérêt. La question soulevée est donc la suivante : est-ce que le tempérament de l'enfant prédit les symptômes traumatiques?

Nous explorerons aussi deux modèles pour vérifier dans quelle mesure les pratiques parentales peuvent agir comme médiateur ou modérateur dans la relation entre le tempérament de l'enfant et la manifestation de symptômes traumatiques. Puisque ces deux modèles se distinguent fondamentalement, ils se traduisent donc par des questions différentes. Tout d'abord, les pratiques parentales sont définies comme des comportements posés par le parent afin d'avoir un impact sur le développement de son enfant. Les pratiques parentales englobent des comportements que l'on peut qualifier de positifs ou négatifs lesquels sont susceptibles de contribuer à la présence ou non des symptômes traumatiques. Dans cette présente étude, les pratiques parentales s'articulent par trois dimensions soit la négligence/laxisme, la surréactivité ainsi que la verbosité/hostilité. Ensuite, la manifestation ou non de symptômes traumatiques peut s'expliquer entre autres par une chaîne d'interactions continues entre les vulnérabilités individuelles de l'enfant, ici son tempérament (facile ou difficile), et la présence d'un contexte familial adverse ou favorable, ici les pratiques parentales négatives ou positives. Ainsi, la combinaison des difficultés chez un enfant, par exemple le fait d'avoir un niveau élevé d'émotivité négative, conjugué à des difficultés familiales, par exemple la manifestation de

comportements négligents ou hostiles de la part des parents, entraînerait des effets négatifs sur la trajectoire de l'enfant pouvant se manifester, entre autres, par des symptômes traumatiques. Bref, lorsqu'un enfant présente certains traits de tempérament (anxiété, frustration), les pratiques parentales négatives exacerbent les manifestations de problèmes émotionnels et comportementaux.

Comme l'expriment Baron et Kenny (1986), si les variables médiatrices expliquent comment ou pourquoi certains effets apparaissent, les variables modératrices déterminent dans quel cas ils se déclarent. Dans un premier cas, le médiateur décrit un processus (mécanisme) à travers lequel la variable indépendante est susceptible d'influencer la variable dépendante (Baron et Kenny, 1986). Il s'agit donc d'un modèle transactionnel. La question soulevée peut donc être résumée ainsi : comment les pratiques parentales (v.m) affectent-elles la relation entre le tempérament (v.i) et les symptômes traumatiques (v.d). Dans le second cas, on estime que le modérateur vient plutôt affecter la direction ou l'intensité de la relation entre les variables dans une perspective interactionniste (Rasle et Irachabal, 2001). Dans cette perspective, la question soulevée s'articule ainsi : à quel point les pratiques parentales (v.m) influencent la relation entre le tempérament (v.i) et les symptômes traumatiques (v.d).

2.7 Hypothèses de recherche

Plusieurs hypothèses découlent des questions de recherche soulevées précédemment. Dans un premier temps, nous faisons l'hypothèse qu'il existe un lien corrélationnel significatif entre un tempérament difficile chez l'enfant, caractérisé par un niveau élevé d'émotivité négative, un niveau élevé d'extraversion et un niveau faible de contrôle exigeant de l'effort, et la manifestation de symptômes traumatiques. L'émotivité négative est caractérisée par des scores positifs sur les échelles de tristesse, de peur, de colère/frustration et d'inconfort et par des scores négatifs sur l'échelle de chute de réactivité/apathie. L'extraversion comprend des scores plus positifs sur les échelles d'impulsivité, de plaisir de haute intensité et du niveau d'activité et par des scores négatifs sur l'échelle de la timidité. Finalement, le contrôle exigeant de l'effort est caractérisé par des scores positifs pour le contrôle inhibiteur, le contrôle attentionnel, le plaisir de faible intensité et la sensibilité perceptuelle (Putnam et Rothbart, 2006).

Dans un deuxième temps, puisqu'un médiateur décrit un processus (mécanisme) à travers lequel la variable indépendante est susceptible d'influencer la variable dépendante (Baron et Kenny, 1986), l'hypothèse est que le tempérament (variable indépendante) est à l'origine du déclenchement de la variable médiatrice (ou de son intensité), ici les pratiques parentales (positives ou négatives), qui à son tour influence la variable dépendante, soit la manifestation (ou non) de symptômes traumatiques chez l'enfant.

De plus, puisque le modérateur vient plutôt affecter la direction ou l'intensité de la relation entre les variables dans une perspective interactionniste, la seconde hypothèse repose sur l'idée que l'effet des pratiques parentales positives ou négatives vient « s'ajouter » à celui du tempérament (plus ou moins facile ou difficile) de l'enfant et participe ensemble à l'explication de la présence ou non de manifestation de symptômes traumatiques.

Ce deuxième chapitre a mis en lumière les différents modèles, approches et théories des concepts clés de cette présente étude. Tout d'abord, le modèle des déterminants du parentage (*parenting*) de Belsky (1984) a été explicité pour bien comprendre le concept des pratiques parentales. Ensuite, le concept du tempérament a été étudié à l'aide de l'approche psychobiologique de Rothbart et Derryberry (1981). Par la suite, le modèle de la traumatologie développementale de la maltraitance de De Bellis (2001) a été pris en compte pour le concept des symptômes traumatiques. Enfin, les trois concepts précédents ont été revus à l'aide de la théorie de la psychopathologie développementale. La présentation de ces cadres théoriques rend donc possible l'explication de la méthodologie qui est utilisée dans cette recherche. Le prochain chapitre remplit cette fonction.

Chapitre 3

La méthodologie

Ce chapitre présente la méthodologie retenue pour les fins de la présente étude et comporte cinq sous-sections. Pour commencer, la section des participants contient la description des caractéristiques de l'échantillon choisi dans la présente étude ainsi que la façon dont ils ont été recrutés. Par la suite, le choix du devis de recherche est expliqué, puis les instruments de mesure sont définis en fonction de leur validité et fidélité. Ensuite, la procédure prend en compte la démarche mise sur pied pour la collecte de données. Finalement, les méthodes d'analyse de données envisagées dans la présente étude sont brièvement décrites.

Il est important de préciser que cette étude s'insère dans un projet de recherche plus vaste mené par Desbiens (2017) intitulé *Parcours d'Enfants en contexte d'adversité*. Ce projet longitudinal vise à documenter l'évolution des trajectoires développementales d'enfants exposés à un traumatisme de maltraitance. Dans le cadre de la présente étude, seules les données collectées au temps 1 seront comptabilisées et analysées aux fins de ce mémoire.

3.1 Participants

Cette prochaine section porte sur les différentes caractéristiques de l'échantillon du projet de recherche de Desbiens (2017) et de la présente étude, sur le processus de recrutement des participants, ainsi que sur le consentement requis de la part des participants pour faire part de l'étude.

3.1.1 Caractéristiques

Le projet de recherche de Desbiens (2017) s'intéresse au suivi d'enfants âgés de 6 à 9 ans. En suivant cette cohorte pendant trois ans, l'échantillon couvrira donc une période développementale entre 6 et 12 ans. Le nombre total de participants visé est de 300 enfants, dont 150 filles et 150 garçons. Ce nombre est jugé largement suffisant pour étudier l'évolution de trajectoires développementales. Afin d'assurer des participants de manière longitudinale, le recrutement se fait en deux vagues (150 participants à la première année et 150 participants à la deuxième). Toutefois, dans le cadre de la présente étude, puisque celle-ci ne retient pas le caractère longitudinal de la recherche, l'échantillon sera composé d'enfants âgés de 6 à 9 ans.

De plus, le nombre de participants potentiels s'élève à 150 enfants, étant donné que seulement la première vague est prise en considération dans cette étude. Néanmoins, considérant que le recrutement de participants en centre jeunesse s'avère difficile, il est possible que ce nombre ne soit malheureusement pas atteint au moment de mener les analyses.

Plusieurs informations générales sont recueillies afin d'avoir des informations pertinentes sur les participants telles que le sexe, l'âge, l'état civil et le niveau de scolarité du parent répondant au questionnaire. Aussi, une information concernant l'occupation d'un emploi rémunéré est demandée. Dans le cas où le parent n'occupe pas d'emploi rémunéré, une question est posée au sujet de sa principale occupation (aux études, congé de maternité, congé de maladie, invalidité, à la retraite, à la maison ou autres). Notons également que des renseignements sont collectés au sujet du type de famille (biparentale, monoparentale ou recomposée), de la langue parlée à la maison, du revenu total du foyer, ainsi que du nombre d'enfants de moins de 18 ans vivant dans le foyer. De plus, des informations concernant le type de victimisation subie, le nombre de situations corroborées et les signalements antérieurs et les services reçus (incluant le placement en famille d'accueil antérieur et en cours d'étude) sont collectées.

3.1.2 Recrutement

Deux Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont impliqués dans le recrutement des enfants : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et celui de la Capitale-Nationale. Les enfants recrutés sont ceux dont le signalement de mauvais traitements en milieu familial a été jugé fondé par les services de protection de la jeunesse. Les mauvais traitements considérés incluent la négligence, les abus physiques, les abus sexuels et les abus psychologiques.

3.1.3 Consentement

Ce sont les intervenants des équipes «évaluation-orientation» qui, une fois le signalement jugé fondé, présentent succinctement le projet aux parents et leur demandent l'autorisation de transmettre leurs coordonnées à l'équipe recherche. La procédure, par écrit ou verbale, varie selon la situation qui peut compromettre ou non le développement et la sécurité

de l'enfant, puisque la prise en charge se distingue selon que le dossier demeure à la DPJ ou est transmis au CSSS. Dans les deux cas cependant, les parents doivent donner leur approbation pour être ensuite contactés par un membre de l'équipe de recherche. Ce dernier explique le projet au parent en entrant plus dans les détails et demande si le parent désire participer à la recherche. S'ils acceptent, une rencontre est fixée avec le participant afin de recueillir le consentement écrit et mener la première entrevue (Desbiens, 2017).

Le consentement formel est demandé à l'écrit lors de la passation des questionnaires à la première rencontre (annexe A). Ce consentement est demandé à l'adulte qui assure principalement les soins de l'enfant. Le parent doit consentir à participer à la recherche et d'accepter de participer aux 3 entretiens prévus dans le cadre de la recherche longitudinale afin que les questionnaires puissent être passés. De plus, il peut consentir, ou non que des renseignements (numéro d'utilisateur, données sociodémographiques et socioéconomiques, les raisons pour lesquelles la DPJ est impliquée dans leur vie, les services reçus dans le cadre du suivi de la DPJ...) le concernant soient communiqués à l'équipe de recherche. Aussi, il peut consentir, ou non que son enfant réponde aux questions de l'équipe de recherche, qu'il comprend que l'enfant répondra à des questions en même temps que lui dans une autre pièce et que les réponses de l'enfant sont confidentielles et que finalement l'enseignant de l'enfant soit contacté pour participer à l'étude. L'acceptation ou non des derniers énoncés n'a pas d'impact sur la passation des questionnaires pour le parent. En ce qui concerne l'enfant, son parent doit accepter pour qu'il puisse répondre aux questions. Aussi, un assentiment verbal ou écrit de l'enfant lui est demandé (Annexe B).

3.2 Devis de recherche

Pour la réalisation de cette étude, la recherche quantitative s'impose comme choix de méthode. L'objectif de la recherche étant d'examiner les liens de corrélation entre les pratiques parentales, le tempérament et les symptômes traumatiques et les effets médiateur et modérateur des pratiques parentales dans la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques, le type quantitatif semble logique et plus approprié. Fortin et Gagnon (2016) affirment que la recherche quantitative est une : « recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la

prédiction et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques » (p.29). Ceci est en concordance avec l'objectif général poursuivi dans la présente étude.

Les choix méthodologiques énoncés précédemment, soit des questionnaires, s'insèrent aussi dans une lignée quantitative. Comme le mentionne Fortin et Gagnon (2016), les dimensions psychologiques, physiologiques et sociales sont rendues mesurables par des valeurs numériques, pour exprimer des quantités.

Un devis est : « un plan d'ensemble qui permet de répondre aux questions de recherche ou de vérifier des hypothèses et qui, dans certains cas, définit des mécanismes de contrôle ayant pour objet de minimiser les risques d'erreur » (Fortin et Gagnon, 2016, p.166). Le choix du devis dans une recherche quantitative varie selon l'objectif visé. Pour la présente étude, le devis approprié en fonction des questions générales de recherche, de l'objectif général de recherche et des questions spécifiques de recherche est le devis d'études corrélationnelles. Celui-ci comporte quatre différents types de devis : le devis d'étude descriptive corrélationnelle, le devis d'étude corrélationnelle prédictive, le devis d'étude corrélationnelle confirmatoire et le devis d'étude à visée temporelle. La présente étude se base sur un devis corrélationnel confirmatif ou de vérification d'un modèle théorique qui se définit comme : « une vérification de la validité d'un modèle causal hypothétique » (Fortin et Gagnon, 2016, p.215).

Ces différents choix qui mènent au devis de recherche de type corrélationnel confirmatif ou de vérification d'un modèle théorique appuient les instruments de mesure choisis pour cette présente étude. Ces instruments sont détaillés dans la prochaine section.

3.3 Instruments de mesure

La prochaine section fait la description des différents instruments de mesure qui sont utilisés pour la présente étude. Dans un premier temps, le *Parenting Scale* sert à mesurer les pratiques parentales négatives. Dans un deuxième temps, le *Trauma Symptom Checklist for Young Children* mesure les manifestations des symptômes traumatiques des enfants.

Finalement, le *Children Behavior Questionnaire-Very Short Form* est utilisé afin de mesurer le tempérament des enfants.

3.3.1 Parenting Scale

Le *Parenting Scale* est un questionnaire qui vient combler une lacune dans la littérature. En effet, selon Arnold, O’Leary, Wolff et Acker (1993), jusqu’à la création de celui-ci, les questionnaires mesuraient seulement les croyances et les attitudes parentales sur leurs méthodes éducationnelles de manière très globale. Ainsi, cet instrument vient répondre au questionnement entre les attitudes globales des parents et leurs méthodes disciplinaires plus spécifiques, tout en restant un moyen d’évaluation simple et peu coûteux (Arnold, O’Leary, Wolff et Acker, 1993). De plus, ce questionnaire a été choisi, parmi plusieurs questionnaires évaluant les pratiques parentales, car il fait partie des instruments les plus fidèles et valides pour mesurer la parentalité, selon une recension de Duppong Hurley, Huscroft-D’Angelo, Trout, Griffith et Epstein (2014). Notons également que l’utilisation est libre et une traduction française est disponible dans le matériel d’évaluation qui accompagne le programme *Triple P*.

3.3.1.1 Questionnaire

Le *Parenting Scale* prend appui sur deux grandes théories soit celle de Patterson et collaborateurs (1992) (*Coercion Theory*) et celle de Baumrind (1968) sur les quatre styles parentaux. Le questionnaire a été créé à l’aide de quatre grandes révisions des items en utilisant entre 50 à 100 mères d’enfants âgés entre 1 an et demi et quatre ans. Ces révisions ont permis de garder les items qui étaient corrélés avec le score total du questionnaire, le rapport parental sur les problèmes de comportement de son enfant ou des deux à la fois (Salari, Terreros, Sarkadi, 2012). Ces révisions ont permis de faire ressortir trois facteurs ou styles disciplinaires dysfonctionnels qui se répétaient continuellement : négligence/laxisme (*Laxness*), surréactivité (*Overreactivity*) et verbosité/hostilité (*Verbosity*) (Arnold, O’Leary, Wolff et Acker, 1993). Bien que celles-ci aient été complétées avec des enfants plus jeunes que ceux dans cette présente étude, il existe des recherches faites avec le *Parenting Scale* sur des enfants d’âge scolaire. En effet, Irvine, Biglan, Smolkowski et Ary (1999) ont fait une analyse factorielle exploratoire et une analyse factorielle confirmatoire à l’aide de 298 parents d’enfant d’âge scolaire. Ils sont

arrivés à des résultats portant des ressemblances significatives avec Arnold, O’Leary, Wolff et Acker (1993).

Un total de 30 items constitue le *Parenting Scale*. Les questions demandent aux parents comment ils réagissent à certaines situations potentiellement problématiques. Chaque item comprend un pôle correspondant aux pratiques parentales plutôt négatives et un pôle correspondant aux pratiques parentales plutôt positives. Ces pôles sont inversés pour la moitié des items. Le parent doit indiquer sur une échelle de Likert de 1 à 7 où il se situe entre ces pôles. Un score global ainsi qu’un score pour chacun des trois styles disciplinaires dysfonctionnels sont fournis (Arnold, O’Leary, Wolff et Acker, 1993). Ce questionnaire prend en moyenne 10 minutes à compléter et est administré au parent de manière individuelle (Duppong Hurley, Huscroft-D’Angelo, Trout, Griffith et Epstein, 2014).

Le facteur de la négligence/laxisme inclut 11 items reliés à une discipline permissive. Ces items : « décrivent les façons dont les parents cèdent, permettent aux règles de ne pas être appliquées ou manifestent des conséquences positives sur des comportements répréhensibles » [Traduction Libre] (Arnold, O’Leary, Wolff et Acker, 1993, p.139). Le facteur de la surréactivité est composé de 10 items qui incluent des manifestations de colère, de méchanceté et d’irritabilité. Finalement, le facteur de verbosité/hostilité comprend 7 items qui reflètent des réponses trop longues et une utilisation verbale inefficace (Arnold, O’Leary, Wolff et Acker, 1993). Les deux derniers items sont, dans un premier temps, à la fois inclus dans le facteur négligence/laxisme et verbosité et dans un deuxième temps, à la fois inclut dans le facteur surréactivité et verbosité (Arnold, O’Leary, Wolff et Acker, 1993).

3.3.1.2 Propriétés psychométriques

Selon la recension psychométrique des mesures des pratiques parentales de Duppong Hurley, Huscroft-D’Angelo, Trout, Griffith et Epstein (2014), le *Parenting Scale* a les scores de fiabilité les plus acceptables en matière de cohérence interne, de fiabilité test-retest et de fiabilité *cross informant*. En effet, ce questionnaire et trois autres ont reporté avoir les informations psychométriques les plus acceptables pour au moins 7 ou 8 des 10 catégories observées : fiabilité

interne (mesurée en regardant les scores des alphas de Cronbach), fiabilité test-retest (mesurée en regardant les corrélations fortes et significatives entre deux passations du questionnaire), fiabilité interjuges (mesurée en comparant les pourcentages d'accord entre les évaluateurs), fiabilité *cross informant* (mesurée en comparant les corrélations entre les différents types d'évaluateurs [parent et cliniciens]), validité de contenu (mesurée à l'aide d'une discussion sur les moyens d'opérationnalisation des items), validité prédictive (mesurée en examinant comment l'instrument est capable de prédire des comportements futurs), validité convergente (mesurée en examinant la force de la relation avec d'autres instruments), validité discriminante (mesurée en examinant si l'instrument possède des corrélations faibles avec des construits qui ne doivent théoriquement pas y être reliés), analyse factorielle exploratoire (mesurée en examinant si la méthode d'analyse factorielle exploratoire est spécifiée, de même que d'autres informations) et analyse factorielle confirmatoire (mesurée en examinant l'ajustement du modèle). Par mesure de précision, un alpha de Cronbach est utilisé pour mesurer la cohérence interne (fiabilité) des questions de l'instrument. Toujours selon la même recension, le *Parenting Scale* fait partie des cinq mesures des pratiques parentales qui fournissent des mesures psychométriques compréhensibles (Duppont Hurley, Huscroft-D'Angelo, Trout, Griffith et Epstein, 2014).

3.3.2 Trauma Symptom Checklist for Young Children

Le *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)* est un questionnaire venant lui aussi combler une lacune dans la littérature scientifique. En effet, selon Briere et ses collaborateurs (2001) il existe peu de mesures standardisées disponibles pour les enfants afin d'évaluer l'impact de traumatismes qu'ils ont vécus. Il est important de préciser qu'il existe plusieurs tests standardisés (Children PTSD Inventory, Child Post-Traumatic Stress Reaction Index, Child Dissociative Checklist, Children's Attributions and Perceptions Scale, Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised et le Sexual Abuse Fear Evaluation), mais que selon Briere et ses collègues (2001) les mesures ne respectent pas les normes et les données psychométriques nécessaires. Le manque de signification clinique spécifique et l'absence de fiabilité et de validité sont deux exemples des normes qui ne sont pas respectées. Les deux seuls questionnaires existants qui respectent ces normes sont le *Trauma Symptom Checklis for*

Children (TSCC) (Briere, 1996) et le *Child Sexual Behavior Inventory (CBSI)* (Friedrich, 1998). Toutefois, le TSCC demande que l'enfant soit âgé d'au moins 8 ans et le CBSI est limité seulement aux comportements sexuels et prend seulement les réponses du parent responsable de l'enfant. Il existe aussi le *Child Behavior Checklist (CBCL)*, mais celui-ci, selon les mêmes auteurs, est trop général et ne touche pas aux symptômes du stress post-traumatique d'aucune façon notable.

3.3.2.1 Questionnaire

Ayant en tête ces lacunes et ces limites, Briere et ses collaborateurs (2001) ont développé le *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*. Ce questionnaire comporte 90 items et est adressé au parent principalement responsable de l'enfant. Le parent doit évaluer chaque énoncé sur une échelle de Likert en 4 points allant de 1 (jamais) à 4 (très souvent) selon la fréquence d'apparition du symptôme chez leur enfant dans le dernier mois. Les réponses du parent au questionnaire peuvent être comparées avec celles de l'enfant, puisque le questionnaire peut aussi être rempli par l'enfant. Il est important de noter que l'enfant répond à moins de questions que son parent.

Le TSCYC comprend deux échelles de validité concernant les réponses du parent qui peuvent être potentiellement biaisées : l'échelle des réponses atypiques et l'échelle du niveau de réponse. La première échelle fait référence à la tendance de surrapporter les symptômes de l'enfant et/ou les symptômes qui ne sont typiquement pas observés dans un échantillon d'enfants exposés à des traumatismes. La deuxième échelle fait référence au potentiel de sous-rapporter les symptômes de l'enfant, qui peut être la conséquence d'une inconscience ou d'un manque d'information. Le questionnaire comporte aussi huit échelles cliniques : le stress post-traumatique manifesté par l'intrusion, le stress post-traumatique manifesté par l'évitement, le stress post-traumatique manifesté par l'hypervigilance, les préoccupations sexuelles, la dissociation, l'anxiété, la dépression et la colère/agressivité. Un score est émis pour chaque échelle ainsi que pour le total des échelles (Briere et al., 2001). Dans le projet de Desbiens (2017) et dans cette présente étude, seulement les items composant les échelles associées aux manifestations du diagnostic de l'état du stress post-traumatique sont utilisés soient les sous-

échelles intrusion, évitement, hypervigilance et dissociation ainsi que la sous-échelle de l'anxiété. Ainsi, le questionnaire du parent est composé de 44 questions et celui de l'enfant de 26 questions.

L'échelle associée au stress post-traumatique manifesté par l'intrusion comprend des items comme : mauvais rêves ou cauchemars, être dérangé/e par quelque chose du passé, etc. L'échelle associée au stress post-traumatique manifesté par l'évitement possède des items comme : Ne pas vouloir aller à un endroit qui lui rappelle quelque chose de pénible du passé, ne plus faire des choses qu'il/elle aimait faire...), etc. L'échelle associée au stress post-traumatique manifesté par l'hypervigilance comprend des items comme : avoir de la difficulté à se concentrer, être tendu/e, etc. L'échelle manifestée par la dissociation possède des items comme : Vivre dans un monde imaginaire, semble confus/e, etc. Finalement, l'échelle de l'anxiété comprend des items comme : avoir peur facilement, avoir peur que de mauvaises choses se passent dans le futur, etc. (Briere et al., 2001).

3.3.2.2 Propriétés psychométriques

Chaque échelle clinique du TSCYC apparaît avoir une excellente fiabilité (consistance interne) : Intrusion (0,87), Évitement (0,82), Hypervigilance (0,85), Dissociation (0,91), Anxiété (0,86) et Total (0,93) (Briere et al., 2001). Les résultats obtenus concernant les échelles des manifestations du stress post-traumatique, la dissociation et les préoccupations sexuelles supportent la validité du TSCYC en ayant similaire à la littérature déjà existante (Briere et al., 2001). Finalement, les données recueillies par Briere et ses collaborateurs en 2001, suggèrent que le TSCYC possède les caractéristiques psychométriques nécessaires (fiabilité [consistance interne], validité prédictive et l'absence de biais) pour supporter son usage auprès d'enfants trop jeunes pour rapporter eux-mêmes leur symptomatologie. En effet, cette étude a été menée auprès de 219 parents d'enfants incluant des enfants âgés de seulement 3 ans.

3.3.3 Children Behavior Questionnaire

Le *Children Behavior Questionnaire* (CBQ) a été développé pour fournir une mesure différente faite par le principal donneur de soin pour évaluer le tempérament chez les enfants de

3 à 8 ans (Putnam et Rothbart, 2006). L'instrument de mesure se fonde sur la définition du tempérament de Rothbart et Derryberry (1981) qui stipule que le tempérament fait référence aux différences individuelles de réactivité et d'autorégulation fondées sur une base constitutionnelle (aspects relativement durables de la constitution de l'organisme), influencées au fil du temps par l'hérédité et l'expérience. Les dimensions évaluées par le questionnaire incluent les émotions positives et négatives, la motivation, le niveau d'activité et le niveau d'attention (Putnam et Rothbart, 2006).

3.3.3.1 Questionnaire

Le CBQ demande au principal parent d'évaluer leur enfant sur une échelle de Likert en 7 points allant de 1 (extrêmement faux) à 7 (extrêmement vrai). Le parent peut aussi répondre que l'énoncé ne s'applique pas, s'il n'a jamais vu son enfant dans cette situation (Putnam et Rothbart, 2006). La version originale du CBQ contient 195 items séparés en 15 échelles comportant entre 12 à 14 items chaque. Les échelles sont : Niveau d'activité, Colère/Frustration, Approche/Anticipation positive, Contrôle attentionnel, Inconfort, Chute de réactivité/Apathie, Peur, Plaisir de haute intensité, Impulsivité, Contrôle inhibiteur, Plaisir de faible intensité, Sensibilité perceptuelle, Tristesse, Sourire/Rire et Timidité (Putnam et Rothbart, 2006). Le score de chaque échelle est calculé à l'aide de la moyenne de chaque item.

3.3.3.2 Propriétés psychométriques

Le CBQ démontre une consistance interne adéquate. En effet, alphas de Cronbach varient entre 0,64 et 0,92, avec une moyenne de 0,75 selon l'âge des enfants considérés dans l'échantillon (Rothbart, Ahadi, Hershey et Fisher, 2001). Les échelles mesurées sont les suivantes : Anticipation positive (*Positive Anticipation*), Niveau élevé de plaisir (*High Intensity Pleasure*), Sourire/Rire (*Smiling/Laughter*), Niveau d'activité (*Activity Level*), Impulsivité (*Impulsivity*), Timidité (*Shyness*), Inconfort (*Discomfort*), Peur (*Fear*), Colère/Frustration (*Anger/Frustration*), Tristesse (*Sadness*), Retour au calme (*Soothability*), Contrôle inhibiteur (*Inhibitory Control*), Attention (*Attentional Focusing*), Niveau faible de plaisir (*Low Intensity Pleasure*) et Sensibilité perceptuelle (*Perceptual Sensitivity*). Selon les mêmes auteurs, le CBQ constate une bonne stabilité temporelle. Les analyses factorielles confirmatoires révèlent une

bonne validité de construit. Finalement, la structure de ces échelles reste constante en fonction des groupes d'âges et des cultures (Rothbart, Ahadi, Hershey et Fisher, 2001).

3.3.3.3 Children Behavior Questionnaire-Very Short Form

Bien que ce questionnaire soit empiriquement valide, son usage, dans sa version intégrale, demande beaucoup de temps pour celui ou celle qui y répond. Voilà pourquoi une version courte du CBQ, ainsi qu'une version très courte ont été conçues. C'est cette dernière version, le *Children Behavior Questionnaire Very Short Form (CBQ-VSF)*, qui est utilisée pour les fins de la présente étude. Ce questionnaire comprend 36 items. Le CBQ-VSF a été développé à l'aide des analyses factorielles de la version originale du CBQ qui permet d'obtenir trois facteurs généraux (Putnam et Rothbart, 2006). Le premier facteur est l'extraversion (*Surgency/Extraversion*) qui est caractérisée par des scores plus positifs sur les échelles d'impulsivité, de plaisir de haute intensité et du niveau d'activité et par des scores négatifs sur l'échelle de la timidité. Le second facteur, l'émotivité négative (*Negative Affectivity*), est défini par des scores positifs sur les échelles de tristesse, de peur, de colère/frustration et d'inconfort et par des scores négatifs sur l'échelle de chute de réactivité/apathie. Le troisième facteur est le contrôle exigeant de l'effort (*Effortful Control*). Il comprend des scores positifs pour le contrôle inhibiteur, le contrôle attentionnel, le plaisir de faible intensité et la sensibilité perceptuelle (Putnam et Rothbart, 2006).

3.3.3.3.1 Propriétés psychométriques

La cohérence interne de la première étude de Putnam et Rothbart (2006) pour les trois facteurs du CBQ-VSF est de 0,75 pour l'extraversion, 0,72 pour l'émotivité négative et de 0,74 pour le contrôle exigeant de l'effort. Les corrélations de stabilité sont de 0,73, 0,70 et 0,63 pour l'extraversion, l'émotivité négative et le contrôle exigeant de l'effort respectivement. La première prise de mesure a été prise lorsque les enfants de l'étude avaient 33 mois, la deuxième mesure a été prise lorsqu'ils avaient 45 mois. Ainsi, la stabilité a été évaluée avec une différence d'un an entre les temps de mesure. La stabilité longitudinale du tempérament est importante, il est donc nécessaire que la version courte et la version très courte du questionnaire démontrent des corrélations de stabilité similaire à la version originale (Putnam et Rothbart, 2006). Selon la

première étude de Putnam et Rothbart (2006), les trois facteurs généraux de la version courte possèdent une bonne cohérence interne. Les alphas de cohérence interne de la deuxième étude de Putnam et Rothbart (2006) sont similaires aux alphas de la première étude. Dans la deuxième étude, la cohérence a été testée avec trois échantillons : extraversion (0,73, 0,70, 0,76), émotivité négative (0,66, 0,70, 0,67), contrôle exigeant de l'effort (0,78, 0,62, 0,77) (Putnam et Rothbart, 2006).

3.3.3.3.2 Avantages

La version originale du CBQ prend en moyenne une heure à compléter. En comparaison, le CBQ-VSF comprend moins que le cinquième des items de la version originale et peut être répondu en moins de 15 minutes (Putnam et Rothbart, 2006). Ainsi, cette version très courte permet de passer d'autres questionnaires durant la même séance, ce qui est un grand avantage pour la collecte de données de Desbiens (2017).

3.3.4 Résumé des instruments de mesure

Le tableau V présente les trois questionnaires utilisés dans cette présente étude. On y retrouve le nombre d'items, le type d'échelle, les dimensions et les propriétés psychométriques de chaque questionnaire.

Tableau V : Résumés des instruments de mesure

	Items	Échelles	Dimensions	Propriétés psychométriques
Parenting Scale	30 items	Échelle de Likert allant de 1 à 7	1. Négligence/laxisme (<i>Laxness</i>) 2. Surréactivité (<i>Overreactivity</i>) 3. Verboseité/hostilité (<i>Verbosity</i>)	Ce questionnaire possède les scores de fiabilité les plus acceptables en matière de cohérence interne, de fiabilité test-retest et de fiabilité <i>cross informant</i>
Trauma Symptom Checklist for Young Children	90 items	Échelle de Likert en 4 points allant de 1 (jamais) à 4 (très souvent)	1. Stress post-traumatique manifesté par l'intrusion 2. Stress post-traumatique manifesté par l'évitement 3. Stress post-traumatique manifesté par l'hypervigilance 4. Dissociation 5. Anxiété	Le TSCYC possède les caractéristiques psychométriques nécessaires (fiabilité, validité prédictive et l'absence de biais)
Children Behavior Questionnaire- Very Short Version	36 items	Échelle de Likert en 7 points allant de 1 (extrêmement faux) à 7 (extrêmement vrai)	1. L'extraversion (<i>Surgency/Extraversion</i>) 2. L'émotivité négative (<i>Negative Affectivity</i>) 3. Le contrôle exigeant de l'effort (<i>Effortful Control</i>).	La cohérence interne pour les trois facteurs du CBQ-VSF est de 0,75 pour l'extraversion, 0,72 pour l'émotivité négative et de 0,74 pour le contrôle exigeant de l'effort. Les corrélations de stabilité sont de 0,73, 0,70 et 0,63 pour l'extraversion, l'émotivité négative et le contrôle exigeant de l'effort respectivement.

3.3.5 Instruments de mesure supplémentaires

Lors des entretiens pour la recherche de Nadia Desbiens, plusieurs autres instruments sont utilisés. En effet, les questionnaires détaillés précédemment sont ceux utilisés dans cette présente étude. Cependant, lors de la passation des questionnaires, les parents doivent aussi répondre aux questions du Kidscreen (pour la nature et l'intensité du traumatisme relationnel), de l'Emotion Regulation Checklist (pour la régulation des émotions), du Self-Report Coping Scale (pour les stratégies d'adaptation), du Child Behavior Checklist (pour les troubles du comportement) et de l'Index of Parental Attitude (pour le lien affectif) (Desbiens, 2017). De plus, les enfants doivent aussi répondre au Kidscreen et au Self-Report Coping Scale. S'ajoute à ces questionnaires, ceux qui seront possiblement répondus par l'enseignant de l'enfant. Celui-ci ou celle-ci devra compléter le Emotion Regulation Checklist, le Self-Report Coping Scale et le Children Behavior Checklist.

Cette section a permis de développer les instruments utilisés dans cette présente étude. Les instruments de mesure supplémentaires présents dans l'étude de Nadia Desbiens ont aussi été mentionnés. La procédure liée à la collecte de données est élaborée dans la prochaine section.

3.4 Procédure

La prochaine section comporte les différents aspects de la procédure liée à la collecte des données. Dans un premier temps, le moment de passage des questionnaires est abordé, ensuite le contexte de passation des questionnaires est expliqué et finalement la démarche de la passation des questionnaires est développée.

3.4.1 Moment de passation des questionnaires

Bien que le calendrier de réalisation initial prévoyait que la collecte de données du projet *Parcours d'Enfants en contexte d'adversité* de Desbiens (2017) débiterait plus tôt (voir tableau VI), celle-ci a été retardée en raison des démarches éthiques qui ont été très longues. Dans la région de Québec, les premières données ont été recueillies dans la semaine du 5 mars 2018 alors qu'à Montréal, ce n'est qu'en juin 2018 qu'une première famille a été rencontrée.

Dans ces circonstances, le nombre de sujets disponibles pour la réalisation de ce mémoire pourrait en être affecté et revu à la baisse.

Tableau VI : Calendrier du projet de recherche Parcours d'Enfants (Desbiens, 2017)

	An 1		An 2		An 3		An 4		An 5	
	De 04-2017 à 09-2017	De 10-2017 à 03-2018	De 04-2018 à 09-2018	De 10-2018 à 03-2019	De 04-2019 à 09-2019	De 10-2019 à 03-2020	De 04-2020 à 09-2020	De 10-2020 à 03-2021	De 04-2021 à 09-2021	De 10-2021 à 03-2022
V1	Préparation	Recrutement et évaluation temps 1 n = 75 filles, 75 gars		Évaluation temps 2 n = 75 filles, 75 gars		Évaluation temps 3 n = 75 filles, 75 gars				
V2				Recrutement et évaluation temps 1 n = 75 filles, 75 gars		Évaluation temps 2 n = 75 filles, 75 gars		Évaluation temps 3 n = 75 filles, 75 gars		

3.4.2 Contexte et démarche de passation des questionnaires

Les auxiliaires de recherche du projet Parcours d'Enfants de Desbiens (2017) sont responsables de la passation des questionnaires. Le contexte de la passation des instruments de mesure se fait à l'aide de visite à domicile (1, 12 et 24 mois) pour chaque famille. Trois entrevues sont prévues : une première lorsque la famille entre dans le projet de recherche, une deuxième un an suivant la première rencontre, puis une dernière deux ans après l'entrevue initiale. Les entretiens se font en équipe de deux. Une personne reste auprès du parent identifié comme le principal donneur de soin (environ 1h30) et l'autre auprès de l'enfant (environ 15 min). Si l'enfant est placé, l'entretien se fera auprès du parent/tuteur légal ET du parent d'accueil ou de l'intervenant responsable du jeune en foyer d'accueil. Avec l'accord du parent, les enseignants des enfants seront contactés et invités à répondre à un questionnaire d'environ 25 minutes qui sera envoyé par voie postale ou via courriel.

3.4.2.1 Avant les entretiens

Avant les entretiens, les auxiliaires de recherche doivent confirmer via téléphone le rendez-vous avec le parent, la veille de celui-ci. Il est important de garder l'appel confidentiel et d'avoir en possession les informations du parent et de l'enfant (prénom et nom) ainsi que les

coordonnées pour rejoindre le parent. La journée même, les auxiliaires doivent vérifier le numéro d'identification de la famille, car il devra être inscrit sur les questionnaires tout au long du rendez-vous. De plus, une liste du matériel nécessaire (ordinateur, fil d'ordinateur, cellulaire chargé, formulaires de consentement [parent et enfant, minimum de deux versions en tout temps], version papier des questionnaires [parent et enfant, minimum de deux versions en tout temps], reçu à faire signer par les parents, carte cadeau pour le parent, sac de surprises pour les enfants, cahier de procédures et de consignes, crayon à l'encre, liquide correcteur, surligneur, trousse pour occuper l'enfant lorsque les questionnaires sont terminés [crayons, cahiers à colorier, casse-tête...]) a été fournie aux auxiliaires afin de ne rien oublier lors de la passation des questionnaires chez les familles.

3.4.2.2 Pendant l'entretien, avec le parent

Tout d'abord, les auxiliaires de recherche doivent lire et faire signer deux copies du formulaire de consentement au parent désigné comme étant le principal donneur de soin. Il doit remettre une copie au parent et garder l'autre. Avant de commencer le questionnaire, l'auxiliaire de recherche doit inscrire le bon numéro ID dans les questionnaires. Après s'être assuré d'avoir lu et signé le consentement et d'avoir inscrit l'ID, l'auxiliaire peut commencer la passation du questionnaire du parent, qui prend environ une heure. Lorsque les questionnaires sont remplis, le parent obtient une prime de son choix entre des cartes cadeaux de pharmacie, d'épicerie ou du magasin du dollar d'un montant de 20 \$. L'auxiliaire doit s'assurer de faire signer le reçu de la prime. Avant de partir, l'auxiliaire doit rappeler au participant la prochaine passation du questionnaire, les moyens pour joindre l'équipe de recherche et d'informer l'équipe de tout changement d'adresse. Au moment où les auxiliaires ont quitté le domicile, ils doivent compléter l'outil de cueillette des données observationnelles (environnement) qui est un rapport de visite.

3.4.2.3 Pendant l'entretien, avec l'enfant

. Le coéquipier évaluant l'enfant doit attendre le consentement du parent pour passer des questionnaires à son enfant. Ensuite, il doit demander son assentiment verbal ou écrit pour commencer l'entretien. La passation du questionnaire dure environ 15 minutes. L'enfant ne doit

pas rejoindre son parent. Ce dernier pourrait changer ses réponses avec la présence de son enfant. Pour cette raison, l'auxiliaire avec l'enfant est équipé de plusieurs jeux pour passer le temps en attendant la fin de l'entretien avec le parent. L'enfant reçoit aussi une petite surprise pour avoir répondu au questionnaire.

3.4.2.4 Après l'entretien

À la suite des entretiens à domicile, les auxiliaires de recherche doivent remplir un dernier questionnaire. Ce questionnaire collecte les données observationnelles sur l'impression générale de l'auxiliaire (niveau de confort, climat familial), sur les comportements de l'enfant et du parent pendant l'entretien (conduite de l'enfant, collaboration du parent) et sur les ressources physiques et psychologiques observées (hygiène, vêtement, ameublement, rangement, sécurité, éclairage...).

3.5 Méthodes d'analyse

Les données récoltées sont analysées avec l'aide du logiciel de traitement de données SPSS. Ce logiciel permet d'effectuer les analyses descriptives, de régression, de médiation et de modération. En effet, pour ce qui est des analyses descriptives, le logiciel permet de faire ressortir les statistiques suivantes : minimum, maximum, moyenne, médiane et écart-type. SPSS crée aussi les histogrammes pour voir graphiquement les distributions des données. De plus, pour les analyses de régression, SPSS permet d'avoir les corrélations de Pearson, les coefficients de détermination R^2 , les p-values ainsi que les coefficients associés à l'équation de la régression. Pour l'analyse de médiation, il est important de respecter les étapes suivantes :

- a) La variable X prédit la variable Y (path c)
- b) La variable X prédit la variable M (path a)
- c) La variable X et M ensemble prédissent la variable Y
 - a. La variable M prédit la variable Y (path b)
 - b. La variable X ne prédit plus ou prédit moins la variable Y (path c')

Ici, la variable X est le tempérament, la variable Y est les symptômes traumatiques et finalement la variable M (le médiateur) est les pratiques parentales. Finalement, pour l'analyse de modération il faut suivre les étapes suivantes :

- a) Effectuer une analyse de régression linéaire multiple avec les symptômes traumatiques comme variable dépendante et le tempérament et les pratiques parentales comme variables indépendantes.
- b) Centraliser les deux variables indépendantes (tempérament et pratiques parentales) et les multiplier ensemble pour obtenir la variable modératrice
- c) Ajouter le modérateur comme variable indépendante à la régression multiple initiale, puis comparer les résultats

3.6 Précautions éthiques

Le projet de recherche de Desbiens (2017) a reçu un certificat de conformité d'éthique par le comité d'éthique de la recherche (CÉR) sectorielle *Jeunes en difficulté et leur famille* du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CJQ-IU-17-005) le 5 octobre 2017. Il a aussi reçu le certificat d'éthique du comité d'éthique de la recherche en arts et sciences (CÉRAS) le 15 novembre 2017.

Chapitre 4

Résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus dans cette étude se basant sur un devis corrélationnel confirmatif ou de vérification. Tout d'abord, des analyses descriptives sont menées sur les données recueillies puis des analyses de régression sont effectuées pour évaluer dans quelle mesure les différentes variables s'influencent. Ces analyses sont exécutées pour répondre aux questions de type corrélationnelles entre les variables de l'étude, soit les pratiques parentales, le tempérament et les symptômes traumatiques. La vérification de l'effet médiateur sera effectuée à l'aide des quatre conditions élaborées par Baron et Kenny (1986) : 1) le prédicteur (ici le tempérament) doit être significativement associé à la variable critère (ici la manifestation de symptômes traumatiques) ; 2) le prédicteur doit être significativement associé au médiateur (ici les pratiques parentales) ; 3) le médiateur doit être significativement associé à la variable critère ; et 4) le prédicteur doit être moins fortement associé à la variable critère (coefficient de régression diminue) après avoir contrôlé le médiateur. Ces quatre conditions seront évaluées par trois analyses de régression. Finalement, la vérification de l'effet modérateur sera effectuée en mesurant si le sens ou la force de la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques est modifié après l'application du modérateur.

Dans un premier temps, les résultats visent à vérifier l'existence des relations corrélationnelles entre le tempérament des enfants et la présence de symptômes traumatiques. Dans un deuxième temps, l'effet médiateur et l'effet modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et la manifestation de symptômes traumatiques chez les enfants dont le signalement pour maltraitance a été jugé fondé sont aussi vérifiés.

Comme mentionné en conclusion du cadre théorique, nous soulevons les hypothèses que le tempérament devrait être associé avec la présence de symptômes traumatiques. De plus, nous supposons que les pratiques parentales représentent une variable intermédiaire entre le tempérament de l'enfant et la manifestation (ou non) de symptômes traumatiques. Afin de répondre aux objectifs et aux hypothèses de recherche, des régressions linéaires simples et des analyses de médiation et de modulation sont effectuées.

4.1 Analyses descriptives

Les analyses descriptives servent à avoir un portrait global de l'échantillon de cette étude. De plus, les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion permettent de mieux décrire l'ensemble des données. Les statistiques descriptives ont pour fonction l'analyse et la description des données dans le but de faire ressortir des tendances positives ou négatives. Puisque les statistiques descriptives sont la base de l'analyse de données quantitatives, il est important de les détailler avant de continuer l'analyse plus approfondie.

4.1.1 Échantillon

Cette étude a un échantillon de 40 participants, soit 20 parents et 20 enfants³. Puisque chaque parent est associé à son enfant, leurs résultats sont pris en compte comme étant un item. Ainsi, le nombre total d'observations s'élève à 20. Les tableaux VII et VIII présentent une synthèse des données sociodémographiques des participants à l'étude.

Au tableau VII on voit que l'âge moyen des parents est de 36,8 ans. De plus, la majorité des répondants sont des femmes. Aussi, plus de la moitié des parents sont célibataires ou ne sont plus avec leur conjoint. Près de la moitié de l'échantillon, soit 40% des répondants ont un diplôme d'études collégiales ou universitaires. De plus, la majorité des répondants ont un emploi rémunéré (55%). Parmi ces parents, la majorité de ceux-ci (60%) sont monoparentaux et donc élèvent leur enfant seul. Finalement, 50% des répondants ont un revenu total du foyer se situant à moins de 25 000\$. Au Québec, en 2017, le seuil du faible revenu après impôt est évalué à 21 361\$ pour une personne vivant seule et 42 723\$ pour une famille de quatre personnes (Statistique Canada, 2017).

Le tableau VIII permet de constater que l'âge moyen des enfants ayant participé à l'étude est de 8,05 ans. L'importante majorité des enfants (80%) vivent à temps plein chez le parent qui a rempli les questionnaires de cette étude et 95% de ces derniers sont des parents naturels ou

³ L'échantillon disponible au moment des analyses menées pour ce mémoire n'avait malheureusement pas atteint l'objectif souhaité en raison d'importantes difficultés de recrutement dans les centres jeunesse. Il s'agit d'une limite importante.

adoptifs. Finalement, chaque enfant de cette étude a fait l'objet d'un signalement pour maltraitance jugé fondé par le service de la protection de la jeunesse. Ainsi, on retrouve dans leur dossier respectif un ou des motifs principaux correspondant à la raison du signalement. Dans certains cas, l'évaluation de la situation a permis d'identifier d'autres formes de maltraitance considérée dans ce cas comme un ou des motifs secondaires. Dans cette recherche, les motifs principaux atteignent 36 formes de maltraitance, tandis que les motifs secondaires sont à 27. En effet, même si dans cette étude l'échantillon est de 20 participants, certains enfants ont plus d'une forme de maltraitance indiquées à leur dossier. Dans cette étude, comme motif principal, la majorité des enfants sont victimes de mauvais traitements psychologiques (27,8%) suivi d'abus physiques (25%), de risque sérieux de négligence (16,7%) et de risque d'abus physiques (11,11%). Les autres formes de maltraitance comme motif principal représentent moins de 10% de l'échantillon. Ainsi, les mauvais traitements psychologiques et les abus physiques forment la majorité des motifs principaux des enfants de l'étude. Pour les motifs secondaires, les enfants sont victimes de mauvais traitements psychologiques (25,9%) et de risque sérieux de négligence (25,9%), suivi de la négligence sur le plan éducatif (18,5%) et du risque d'abus physiques (14,8%). Ainsi, pour les motifs secondaires, les mauvais traitements psychologiques et le risque sérieux de négligence représentent la majorité des enfants. En somme, les mauvais traitements psychologiques sont identifiés comme étant la forme de maltraitance la plus présente chez les enfants qui participent à cette étude comparativement à l'abus physique qui est la forme de maltraitance la plus présente au Québec.

Tableau VII: Données sociodémographiques des parents de la présente étude

	Parents	
	<i>N</i>	%
Âge		
20-25ans	1	5
26-30ans	2	10
31-35ans	6	30
36-40ans	6	30
41-45ans	1	5
46 et plus	4	20
Genre		
Femme	15	75
Homme	5	25
État Civil		
Célibataire	7	35
Conjoint(e) de fait	4	20
Marié(e)	5	25
Séparé(e)	1	5
Divorcé(e)	3	15

Niveau de scolarité

Études secondaires partielles (sans diplôme)	4	20
Diplôme d'études secondaires	4	20
Études partielles dans un cégep (sans diplôme)	1	5
Diplôme ou certificat dans une école de métiers ou de formation professionnelle	3	15
Diplôme d'études collégiales	5	25
Diplôme universitaire de 1 ^{er} cycle	2	10
Diplôme universitaire de 2 ^e ou 3 ^e cycle	1	5

Principale occupation

Emploi temps plein	9	45
Emploi temps partiel	2	10
Aux études	2	10
Congé de maternité	2	10
À la maison	4	20
Arrêt de travail	1	5

Type de famille

Biparentale	4	20
Monoparentale	12	60
Recomposée	4	20

Revenu du foyer

Moins de 15 000\$	3	15
De 15 000\$ à moins de 25 000\$	7	35
De 25 000\$ à moins de 35 000\$	1	5
De 35 000\$ à moins de 45 000\$	4	20
De 45 000\$ à moins de 55 000\$	2	10
75 000\$ et plus	3	15

Tableau VIII : Données sociodémographiques des enfants de la présente étude

	Enfants	
	<i>N</i>	%
Âge		
6ans	3	15
7ans	4	20
8ans	2	10
9ans	11	55
Genre		
Fille	10	50
Garçon	10	50
Temps chez le parent répondant		
À temps plein	16	80
Entre 4 et 6 jours par semaine	2	10
1 semaine sur 2	2	10
Lien avec le répondant		
Parent naturel ou adoptif	19	95
Beau-parent	1	5

Motif principal

Abus physiques	9	25
Abus sexuels	1	2,8
Mauvais traitements psychologiques	10	27,8
Négligence sur le plan éducatif	3	8,3
Négligence sur le plan physique	2	5,6
Risque sérieux de négligence	6	16,7
Risque d'abus physiques	4	11,1
Risque d'abus sexuels	1	2,8

Motif secondaire

Abus physiques	2	7,4
Abus sexuels	0	0
Mauvais traitements psychologiques	7	25,9
Négligence sur le plan éducatif	5	18,5
Négligence sur le plan physique	1	3,7
Risque sérieux de négligence	7	25,9
Risque d'abus physiques	4	14,8
Risque d'abus sexuels	0	0
Troubles de comportement sérieux	1	3,7
Aucun type de maltraitance secondaire	6	22,2

4.1.2 Statistiques descriptives – Symptômes traumatiques

Le *Trauma Symptom Checklist for Young Children* est un questionnaire dans lequel le parent doit évaluer chaque énoncé sur une échelle de Likert en 4 points allant de 1 (jamais) à 4 (très souvent) selon la fréquence d'apparition du symptôme chez leur enfant dans le dernier mois au moment de la passation. Le tableau IX montre les scores moyens bruts pour chaque sous-échelle du questionnaire. Pour ce questionnaire, il n'y a aucune réponse manquante. Comme on peut le constater, la moyenne (1,86) et la médiane (1,89) les plus élevées sont obtenues à la sous-

échelle Hypervigilance (écart-type de 0,49). Ainsi, les réponses des parents à l'étude permettent de constater que les enfants ont des symptômes traumatiques qui se caractérisent plus par l'hypervigilance que par les autres sous-échelles du questionnaire. Il est aussi intéressant de remarquer que ces deux mesures (moyenne et médiane) étant proches l'une de l'autre indiquent qu'il n'y a pas de valeurs extrêmes pour cette échelle. Cette constatation est aussi valide pour toutes les sous-échelles du questionnaire. Le tableau IX permet aussi de voir que la moyenne (1,43) et la médiane (1,33) les moins élevées sont obtenues à la sous-échelle Intrusion (écart-type de 0,34). Ceci signifie que les enfants ont moins de symptômes traumatiques se caractérisant par l'intrusion, selon les réponses des participants à l'étude. De plus, les alphas de Cronbach des sous-échelles d'intrusion, d'hypervigilance, de dissociation, du score total pour le stress post-traumatique ainsi que du score total des symptômes traumatiques sont acceptables. Pour ce qui est des sous-échelles d'évitement et d'anxiété, les alphas de Cronbach se rapprochent du seuil d'acceptabilité. Ainsi, pour la majorité des sous-échelles de ce questionnaire, il existe une bonne fiabilité. Pour voir les histogrammes des scores présentés au tableau IX, voir l'annexe C.

Tableau IX : Statistiques descriptives du Trama Symptom Checklist for Young Children

	<i>n</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Médiane</i>	<i>É.-t.</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Intrusion	20	1	2	1,43	1,33	0,34	0,729
Évitement	20	1	2,33	1,56	1,44	0,37	0,680
Hypervigilance	20	1,22	2,78	1,86	1,89	0,49	0,714
Dissociation	20	1	2,75	1,67	1,5	0,55	0,815
Anxiété	20	1,11	2,78	1,76	1,67	0,45	0,658
Score stress post-traumatique (intrusion, évitement et hypervigilance)	20	1,19	2,30	1,61	1,59	0,33	0,847
Total	20	1,18	2,43	1,65	1,56	0,33	0,892

Bien que le tableau précédent est intéressant à analyser, pour interpréter les scores bruts de ce questionnaire, il faut les transformer en scores T selon l'âge et le sexe de l'enfant. La transformation en score T permet de ne jamais avoir de valeurs négatives et la distribution est plus pratique lors de la manipulation des données. De plus, la transformation en scores T ne fait pas perdre l'amplitude de l'échelle métrique des scores bruts (<https://psychometrie.espaceweb.usherbrooke.ca>). C'est pourquoi les résultats à ce questionnaire requièrent la transformation des scores bruts en score T. Ces transformations sont présentées dans le tableau X.

Tableau X : Statistiques des moyennes des scores T du Trauma Symptom Checklist for Young Children

	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Médiane</i>	<i>É.-t.</i>
Intrusion	20	43	88	61,6	58	15,27
Évitement	20	44	110	70,65	62	19,77
Hypervigilance	20	44	96	64,75	61	16,77
Dissociation	20	41	87	57,35	50	15,68
Anxiété	20	42	99	63,25	61,5	15,14
Total des sous-échelles du stress post-traumatique	20	48	107	68,45	63,5	18,44

Pour les cinq sous-échelles, un score T plus grand que 70 indique une présence cliniquement significative de symptômes présents chez l'enfant. Un score T se situant entre 65 et 69 indique la manifestation potentielle de symptômes d'intrusion, d'évitement, d'hypervigilance, de dissociation ou d'anxiété, qui peut ou non être cliniquement significative. Pour le total des sous-échelles du stress post-traumatique, qui indique la présence ou non de stress post-traumatique, l'interprétation est quelque peu différente. Ainsi, un score T plus élevé que 70 indique une présence sévère de stress post-traumatique, alors qu'un score T se situant entre 65 et 69 indique qu'au moins une sous-échelle du stress post-traumatique (intrusion, évitement et hypervigilance) est élevée ce qui suggère un stress post-traumatique faible ou moyen.

Finalement, si l'enfant a vécu un traumatisme produisant une détresse émotionnelle ou des comportements agités et désorganisés, un score T de 40 ou plus peut suggérer la possibilité d'avoir un stress post-traumatique (Briere et al., 2001). Ainsi, selon les données, les enfants participants à ce questionnaire ont une présence cliniquement significative d'évitement, puisque le score est plus élevé que 70. Aussi, ils ont la possibilité d'avoir un stress post-traumatique faible ou moyen puisque le score T du total des sous-échelles du stress post-traumatique se situe entre 65 et 69. Les scores des autres sous-échelles se situent dans des moyennes acceptables.

4.1.3 Statistiques descriptives - Pratiques parentales

Comme mentionné dans le chapitre de méthodologie, le questionnaire utilisé pour mesurer les pratiques parentales comporte un total de 30 items qui permettent d'obtenir un score global ainsi qu'un score pour chaque style disciplinaire, basé sur une échelle de Likert allant de 1 à 7 (Arnold, O'Leary, Wolff et Acker, 1993). Le tableau XI présente les scores obtenus. Puisqu'il manque les réponses pour un participant, le nombre total d'observations s'élève à 19. Comme on peut le constater, la moyenne et la médiane les plus élevées sont obtenues pour la sous-échelle Verbosité/Hostilité (3,65) et (3,71) respectivement, ce qui indique que les parents de notre échantillon ont des pratiques parentales plus négatives pour cette sous-échelle que les autres échelles du questionnaire. L'écart-type de cette sous-échelle est de 0,74. À l'opposé, la moyenne et la médiane les plus faibles sont obtenues pour la sous-échelle Surréactivité (1,84) et (1,80) respectivement. Ceci indique que les participants ont des pratiques parentales plus positives pour cette sous-échelle que pour les autres échelles du questionnaire. L'écart-type de cette sous-échelle est de 0,83.

Globalement, les résultats indiquent que les pratiques parentales des participants à l'étude s'orientent plus vers le pôle positif que négatif. Les scores obtenus au questionnaire peuvent aussi être démontrés à l'aide d'histogrammes (voir annexe C). Cette représentation permet de mieux représenter les données continues en montrant l'étendue des données. Le tableau XI montre aussi les alphas de Cronbach des différentes sous-échelles du questionnaire. Cette statistique permet d'évaluer la fiabilité des questions d'une même sous-échelle. Ceci signifie que les réponses aux questions d'une sous-échelle devraient être corrélées. Les alphas de Cronbach de la sous-échelle Négligence/Laxisme et du total des pratiques parentales sont

acceptables. Celui de la sous-échelle Surréactivité frôle le seuil de l'acceptabilité qui est de 0,7. Un alpha de Cronbach faible comme celui de la sous-échelle Verbosité/Hostilité indique une faible cohérence interne (fiabilité) entre les questions de cette échelle.

Tableau XI : Statistiques descriptives *Parenting Scale*

	<i>n</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Médiane</i>	<i>É.-t.</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Négligence/Laxisme	19	0,64	5	2,17	1,91	1,00	0,84
Surréactivité	19	0,89	4	1,84	1,80	0,83	0,694
Verbosité/Hostilité	19	2,14	5,14	3,65	3,71	0,74	0,101
Total	19	1,61	4,46	2,42	2,36	0,70	0,782

4.1.4 Statistiques descriptives - Tempérament

Le questionnaire utilisé pour évaluer le tempérament de l'enfant dans cette étude est le *Children Behavior Questionnaire-Very Short Form*. Cet outil permet de distinguer trois dimensions : l'émotivité négative, l'extraversion et le contrôle exigeant de l'effort. Le tableau XII présente les statistiques descriptives obtenues. Les histogrammes associés sont disponibles à l'annexe C. La sous-échelle Contrôle exigeant de l'effort a la moyenne (5,00) et la médiane (4,79) les plus élevées de toutes les sous-échelles de questionnaire (écart-type de 0,94). Ceci indique que les enfants de cette étude ont un tempérament qui se caractérise plus par un contrôle exigeant de l'effort que par l'émotivité négative et l'extraversion, selon les réponses des parents participants. En général, les réponses des parents se situent en moyenne entre 4 et 5, ce qui signifie une réponse entre Ni vrai ni faux ou Légèrement vrai lors des réponses aux différents items. Le tableau XII montre aussi les alphas de Cronbach des sous-échelles. Seule l'échelle de l'Émotivité Négative possède un alpha de Cronbach acceptable. Les sous-échelles du Contrôle Exigeant de l'effort et du total du tempérament ont un alpha de Cronbach s'approchant du seuil d'acceptabilité, tandis que la sous-échelle Extraversion a un alpha de Cronbach faible. Ceci signifie que cette dernière sous-échelle possède une faible cohérence interne (fiabilité).

Tableau XII : Statistiques descriptives du *Children Behavior Questionnaire Very-Short Form*

	<i>n</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>Médiane</i>	<i>É.-t.</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Émotivité Négative	20	1,92	6,33	4,17	4,04	1,33	0,830
Extraversion	20	3,5	5,92	4,71	4,58	0,68	0,393
Contrôle Exigeant de l'effort	20	3,08	6,75	5,00	4,79	0,94	0,667
Total	20	3,64	5,64	4,63	4,54	0,57	0,670

4.2 Analyses de régression

Dans ce chapitre, nous testons une régression linéaire simple entre le tempérament et les symptômes traumatiques. De plus, des régressions linéaires simples sont aussi effectuées entre chaque échelle des questionnaires sur le tempérament et les symptômes traumatiques afin de vérifier les liens entre les différentes variables. Une analyse de variance ANOVA est aussi effectuée pour tester les hypothèses des régressions.

4.2.1 Régression linéaire simple entre le tempérament et les symptômes traumatiques

Dans la présente étude, le tempérament correspond à la variable indépendante, tandis que les symptômes traumatiques représentent la variable dépendante. Nous utilisons la régression linéaire simple pour vérifier si les symptômes traumatiques sont affectés par les variations au niveau du tempérament. Pour cette régression, les hypothèses sont les suivantes :

$H_0 : \beta_1=0$ où le tempérament n'est pas lié aux symptômes traumatiques

$H_1 : \beta_1 \neq 0$ où le tempérament est lié aux symptômes traumatiques

Lors d'une régression linéaire, certains postulats concernant les erreurs doivent être respectés. Tout d'abord, les erreurs ϵ_i ont une moyenne nulle. Elles sont homoscedastiques, c'est-à-dire que la variance des erreurs de mesure est homogène, et doivent être indépendantes

les unes des autres. Finalement, les erreurs ϵ_i sont distribuées normalement. Les figures 12 et 13 indiquent que les erreurs sont extrêmement proches d'avoir une moyenne nulle et qu'elles suivent approximativement une loi normale, à l'aide de la présentation de la courbe gaussienne. Aussi, il y a absence de colinéarité, donc de dépendance, lorsque le VIF est plus petit que 3,3 et que la tolérance est plus grande que 0,3, ce qui est le cas pour cette régression (voir tableau XV).

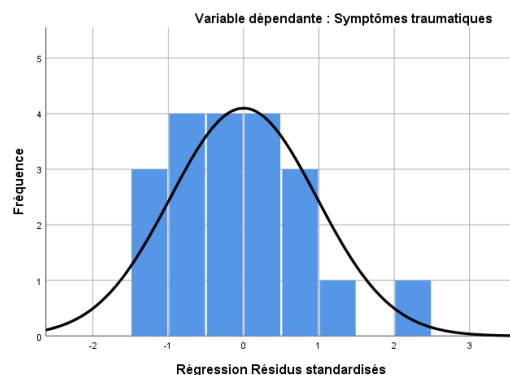


Figure 12 : Histogramme des résidus standardisés de la régression linéaire simple

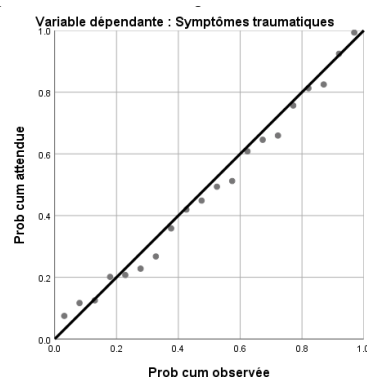


Figure 13 : Tracé P-P normal de régression des résidus standardisés de la régression linéaire simple

En utilisant le total des scores moyens du tempérament et le total des scores moyens des symptômes traumatiques, la corrélation de Pearson est de 0,337 ce qui signifie une corrélation faible. Le coefficient de détermination R^2 est de 0,114 ce qui signifie que le tempérament explique à peine 11,4% des symptômes traumatiques. De ce fait, il reste donc 88,6% des symptômes traumatiques qui ne sont pas expliqués par le tempérament. C'est résultats sont présentés aux tableaux XIII. Le coefficient de détermination permet aussi de calculer la taille de l'effet⁴ de la régression, soit la force de l'effet d'une variable sur l'autre. Ici la taille de l'effet, calculé avec le f_{cohen} est de 0,12 ce qui signifie un effet petit.

⁴ Une valeur de 0,10 indique un effet petit, une valeur de 0,25 représente un effet moyen et finalement une valeur de 0,40 indique un effet large (Cohen, 1988).

Tableau XIII : Régression linéaire entre le tempérament et les symptômes traumatiques

Variables	R	R-deux
Tempérament	0,337	0,114
Symptômes traumatiques		

Le tableau XIV indique les résultats de l'ANOVA. Puisque le seuil de signification est plus grand que 0,05 ($0,146 > 0,05$), on ne peut pas accepter l'hypothèse alternative que le tempérament a une incidence sur les symptômes traumatiques. En effet, le but de ce test est de mesurer si la variable dépendante (symptômes traumatiques) est en relation avec la variable indépendante (tempérament). Dans ce cas-ci les résultats démontrent qu'il est impossible d'accepter l'hypothèse alternative, soit que ces variables sont liées l'une à l'autre.

Tableau XIV : ANOVA de la régression linéaire entre le tempérament et les symptômes traumatiques

	Somme des carrés	F	Sig.
Régression	0,237	2,311	0,146

Finalement, au tableau XV, les coefficients de l'équation de la droite de la régression linéaire simple sont représentés. Les seuils de signification sont aussi plus grands que 0,05 ($0,231 > 0,05$) et ($0,146 > 0,05$).

Tableau XV : Coefficients de la régression linéaire entre le tempérament et les symptômes traumatiques

	B	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité	
				Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	0,746	1,241	0,231	-0,517	2,009		
Tempérament	0,196	1,520	0,146	-0,075	0,467	1,000	1,000

Cette sous-section a présenté les résultats de la régression linéaire simple entre les scores totaux du tempérament et les scores totaux des symptômes traumatiques. Bien que ceux-ci ne soient pas significatifs, il reste intéressant d'aller explorer les différents résultats des régressions linéaires de chaque échelle des questionnaires sur le tempérament et les symptômes traumatiques.

4.2.2. Régressions linéaires simples entre les échelles des questionnaires

Puisque les résultats de la régression linéaire simple entre les scores totaux du tempérament et ceux des symptômes traumatiques ne sont pas significatifs, la décision a été prise de tester les régressions linéaires simples entre les différentes sous-échelles des deux questionnaires. Ainsi, 28 régressions linéaires simples ont été effectuées. Les corrélations de Pearson et leur seuil de signification sont présentés au tableau XVI.

Tableau XVI : Corrélations de Pearson (r) et seuils de signification (p) des combinaisons entre les échelles des questionnaires sur le tempérament et les symptômes traumatiques

	Émotivité Négative	Extraversion	Contrôle Exigeant de l'effort	Total Tempérament
Stress post- traumatique manifesté par l'intrusion	r = 0,206 p = 0,383	r = 0,405 p = 0,076	r = 0,256 p = 0,276	r = 0,137 p = 0,565
Stress post- traumatique manifesté par l'évitement	r = 0,359 p = 0,120	r = 0,501 p = 0,025*	r = 0,372 p = 0,106	r = 0,281 p = 0,229
Stress post- traumatique manifesté par l'hypervigilance	r = 0,404 p = 0,077	r = 0,169 p = 0,477	r = 0,142 p = 0,549	r = 0,166 p = 0,485
Dissociation	r = 0,462 p = 0,040*	r = 0,055 p = 0,817	r = 0,064 p = 0,789	r = 0,343 p = 0,139
Anxiété	r = 0,528 p = 0,017*	r = 0,200 p = 0,399	r = 0,008 p = 0,974	r = 0,326 p = 0,160
Total des échelles du stress post- traumatique	r = 0,404 p = 0,078	r = 0,408 p = 0,074	r = 0,156 p = 0,512	r = 0,234 p = 0,322
Total Symptômes traumatiques	r = 0,534 p = 0,015*	r = 0,290 p = 0,215	r = 0,075 p = 0,755	r = 0,337 p = 0,146

*significatif à 0,05

Quatre corrélations ont un seuil de signification plus petit que 0,05 : l'échelle extraversion est liée à l'échelle évitement, l'échelle émotivité négative est liée à l'échelle dissociation, l'échelle émotivité négative est liée à l'échelle anxiété et finalement l'échelle

émotivité négative est liée aux scores totaux du questionnaire des symptômes traumatiques. Ces différentes régressions seront détaillées dans les prochaines sous-sections. Les tableaux des résultats des autres corrélations linéaires simples présentées au tableau XVI se retrouvent à l'annexe D, afin de pouvoir constater en détail les coefficients de Pearson, les coefficients de détermination R^2 , les ANOVA et les coefficients des équations de chaque régression.

4.2.2.1 Extraversion & Stress post-traumatique manifesté par l'évitement

Dans cette régression, l'extraversion représente la variable indépendante, tandis que l'évitement est la variable dépendante. Les hypothèses de cette régression sont :

$H_0 : \beta_1=0$ où l'échelle de l'extraversion n'est pas liée à l'évitement

$H_1 : \beta_1 \neq 0$ où l'échelle de l'extraversion est liée à l'évitement

Tableau XVII : Régression linéaire entre l'extraversion et l'évitement

Variabes	R	R-deux
Extraversion	0,501	0,251
Évitement		

Tableau XVIII : ANOVA de la régression linéaire entre l'extraversion et l'évitement

	Somme des carrés	F	Sig.
Régression	0,665	6,023	0,025*

Note. * $p < 0,05$

Tableau XIX : Coefficients de la régression linéaire entre l'extraversion et l'évitement

	B	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité	
				Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	2,859	5,354	0,000	1,737	3,981		
Tempérament	-0,276	-2,454	0,025	-0,511	-0,040	1,000	1,000

Le tableau XVII indique que la corrélation de Pearson est de 0,501, ce qui signifie une corrélation modérée entre les deux variables. Le coefficient de détermination R^2 est de 0,251 ce qui désigne que l'extraversion explique 25,1% de l'évitement. Il reste tout de même 74,9% du stress post-traumatique manifesté par l'évitement qui n'est pas expliqué par l'extraversion. Toutefois, la taille de l'effet de ce modèle est de 0,34, ce qui signifie un effet qui est proche d'un effet large (0,40) et donc que le modèle a des bonnes chances d'être représentatif au sein de la population. Ceci signifie qu'un tempérament extraverti a de fortes chances d'être lié avec la présence de comportements d'évitement au sein de population à l'étude, soit tous les enfants québécois âgés de 6 et 9 ans dont le signalement pour maltraitance a été jugé fondé par les services de protection de l'enfance. Au tableau XVIII, on peut voir que le seuil de signification est de 0,025 qui est plus petit que 0,05 ($0,025 < 0,05$), ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse alternative disant que l'échelle de l'extraversion est liée à l'échelle de l'évitement. Finalement, le tableau XIX indique les coefficients de l'équation, qui sont eux aussi significatifs.

4.2.2.2 Émotivité Négative & Dissociation

Pour cette régression l'échelle de l'émotivité négative représente la variable indépendante et l'échelle de la dissociation est la variable dépendante. Les hypothèses sont :

$H_0 : \beta_1=0$ où l'échelle de l'émotivité négative n'est pas liée à l'échelle de la dissociation

$H_1 : \beta_1 \neq 0$ où l'échelle de l'émotivité négative est liée à l'échelle de la dissociation

Tableau XX : Régression linéaire entre l'émotivité négative et la dissociation

Variabes	R	R-deux
Émotivité Négative	0,462	0,213
Dissociation		

Tableau XXI : ANOVA de la régression linéaire entre l'émotivité négative et la dissociation

	Somme des carrés	F	Sig.
Régression	1,222	4,882	0,040*

Note. *p < 0,05

Tableau XXII : Coefficients de la régression linéaire entre l'émotivité négative et la dissociation

	B	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité	
				Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	0,871	2,307	0,033	0,078	1,665		
Tempérament	0,191	2,210	0,040	0,009	0,373	1,000	1,000

Pour cette régression, la corrélation de Pearson est un peu plus basse que la précédente, soit de 0,462. Elle se situe à un niveau entre faible et modérée. Pour sa part, le coefficient de détermination R^2 est de 0,213. Ainsi, 21,3% de l'émotivité négative explique la dissociation. Toutefois, il reste 78,7% de la dissociation qui n'est pas expliquée par l'émotivité négative. Cependant, la taille de l'effet de ce modèle est de 0,27 qui représente un effet moyen. Ces derniers résultats sont présentés au tableau XX. Le seuil de signification de 0,04 (voir tableau

XXI), est plus petit que 0,05 ($0,04 < 0,05$). Nous pouvons donc accepter l'hypothèse alternative voulant que l'échelle de l'émotivité négative soit liée à l'échelle de la dissociation.

4.2.2.3 Émotivité Négative & Anxiété

Dans cette régression l'échelle de l'émotivité négative représente la variable indépendante, alors que l'échelle de l'anxiété est la variable dépendante. Comme pour les autres régressions, voici les hypothèses :

$H_0 : \beta_1=0$ où l'échelle de l'émotivité négative n'est pas liée à l'échelle de l'anxiété

$H_1 : \beta_1 \neq 0$ où l'échelle de l'émotivité négative est liée à l'échelle de l'anxiété

Tableau XXIII : Régression linéaire entre l'émotivité négative et l'anxiété

Variables	R	R-deux
Émotivité Négative	0,528	0,279
Anxiété		

Tableau XXIV : ANOVA de la régression linéaire entre l'émotivité négative et l'anxiété

	Somme des carrés	F	Sig.
Régression	1,051	6,962	0,017*

Note. * $p < 0,05$

Tableau XXV : Coefficients de la régression linéaire entre l'émotivité négative et l'anxiété

	B	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité	
				Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,016	3,463	0,003	0,400	1,633		
Tempérament	0,177	2,639	0,017	0,036	0,318	1,000	1,000

Le tableau XXIII permet de constater une corrélation de Pearson modérée (0,528). Le coefficient de détermination R^2 est de 0,279, indiquant ainsi que 27,9% de la variance de l'émotivité négative explique l'anxiété. Cependant, il reste 72,1% de l'anxiété qui n'est pas expliquée par l'émotivité négative. Par contre, la taille de l'effet de ce modèle est de 0,39 ce qui indique un effet large. Ceci suggère que le modèle semble être représentatif de la population. Ainsi, la taille de l'effet permet de suggérer qu'il y a de bonnes chances qu'un tempérament caractérisé par l'émotivité négative soit lié à des symptômes traumatiques d'anxiété, au sein de la population de l'étude. Ensuite, au tableau XXIV, on peut voir le seuil de signification de 0,017 qui est plus bas que 0,05 ($0,017 < 0,05$). Ainsi, nous pouvons accepter l'hypothèse alternative qui indique que l'échelle de l'émotivité négative est liée à l'échelle de l'anxiété.

4.2.2.4 Émotivité Négative & Total des scores des symptômes traumatiques

Pour cette dernière régression, l'échelle de l'émotivité négative représente ici aussi la variable indépendante, tandis que le score total des symptômes traumatiques constitue la variable dépendante. Les hypothèses de cette régression linéaire simple sont :

$H_0 : \beta_1=0$ où l'échelle de l'émotivité négative n'est pas liée au total des scores des symptômes traumatiques

$H_1 : \beta_1 \neq 0$ où l'échelle de l'émotivité négative est liée au total des scores des symptômes traumatiques

Tableau XXVI : Régression linéaire entre l'émotivité négative et le total des scores des symptômes traumatiques

Variabes	R	R-deux
Émotivité Négative	0,534	0,285
Total des scores des symptômes traumatiques		

Tableau XXVII : ANOVA de la régression linéaire entre l'émotivité négative et le total des scores des symptômes traumatiques

	Somme des carrés	F	Sig.
Régression	0,592	7,170	0,015*

Note. *p < 0,05

Tableau XXVIII : Coefficients de la régression linéaire entre l'émotivité négative et le total des scores des symptômes traumatiques

				Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité	
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,098	5,062	0,000	0,643	1,554		
Tempérament	0,133	2,678	0,015	0,029	0,237	1,000	1,000

Le tableau XXVI indique que la corrélation de Pearson est de 0,534, ce qui signifie une corrélation modérée. Le coefficient de détermination R^2 est de 0,285 ce qui désigne que l'émotivité négative explique 28,5% du total des scores des symptômes traumatiques. Il reste tout de même 71,5% du total des scores des symptômes traumatiques qui n'est pas expliqué par l'émotivité négative. Toutefois, ce modèle possède la taille de l'effet la plus élevée (0,40) de

toutes les régressions testées. Ce résultat signifie un effet large et donc un modèle qui semble pouvoir représenter la population à l'étude. Ceci signifie qu'un tempérament caractérisé par l'émotivité négative semble fortement lié à la présence de symptômes traumatiques pour la population de l'étude, soit tous les enfants québécois âgés de 6 à 9 ans dont le signalement de maltraitance a été jugé fondé par les services de protection de l'enfance. Au tableau XXVII, on peut voir que le seuil de signification est de 0,015 qui est plus petit que 0,05 ($0,015 < 0,05$), ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse alternative disant que l'échelle de l'émotivité négative est liée au total des scores des symptômes traumatiques.

Cette section portant sur les analyses de régression a permis de constater que le tempérament ne peut pas expliquer les symptômes traumatiques. Cependant, l'analyse plus détaillée au niveau des sous-échelles du tempérament et des symptômes traumatiques permet d'observer quatre corrélations significatives. Ces résultats indiquent que l'échelle extraversion est liée à celle de l'évitement, que l'échelle émotivité négative est liée à l'échelle dissociation, que l'échelle émotivité négative est liée à l'échelle anxiété et finalement que l'échelle émotivité négative est liée aux des symptômes traumatiques (score total). Le score total fait référence à l'ensemble des sous-échelles du questionnaire sur les symptômes traumatiques. La prochaine section détaille les analyses de médiation effectuées dans la présente étude.

4.3 Analyses de médiation

Cette recherche vise entre autres à vérifier l'existence d'un effet médiateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. Pour un rappel : « un médiateur est une variable qui représente un mécanisme par lequel la variable X influence la variable Y : la variable X exerce une influence sur le médiateur et ce dernier influence à son tour la variable Y » (Caceres et Vanhamme, 2003) (p.69). En effet, un médiateur décrit un processus à travers lequel la variable indépendante est susceptible d'influencer la variable dépendante (Baron et Kenny, 1986). Ainsi, dans cette l'étude l'analyse vient tester si le tempérament (variable indépendante) est à l'origine du déclenchement de la variable médiatrice (ou de son intensité), ici les pratiques parentales (positives ou négatives), qui à son tour influence la variable dépendante, soit la manifestation (ou non) de symptômes traumatiques chez l'enfant.

Pour réaliser une analyse de médiation, il faut suivre une démarche par étapes. Premièrement, il faut s'assurer de ne pas trop avoir de réponses manquantes. Dans cette étude, nous avons seulement des réponses manquantes au questionnaire des pratiques parentales pour un seul participant ce qui permet d'aller de l'avant pour les autres étapes. Pour la suite de l'analyse, il est important de respecter l'ordre des affirmations plus bas. Aussi, il faut que la première affirmation soit respectée, donc qu'elle fonctionne, pour pouvoir passer à la suivante. Dans cette présente étude, la variable X est le tempérament, la variable Y est les symptômes traumatiques et finalement la variable M (le médiateur) est les pratiques parentales.

- d) La variable X prédit la variable Y (path c)
- e) La variable X prédit la variable M (path a)
- f) La variable X et M ensemble prédisent la variable Y
 - a. La variable M prédit la variable Y (path b)
 - b. La variable X ne prédit plus ou prédit moins la variable Y (path c')

Dans le cas de cette recherche, les résultats ont permis de venir à la conclusion, grâce à la régression linéaire simple présentée au point 4.2.1, que le tempérament ne prédit pas les symptômes traumatiques. Ainsi, la variable X ne prédit pas la variable Y. Ceci signifie que la première affirmation mentionnée précédemment n'est pas respectée. L'analyse de médiation est donc inintéressante à effectuer. Bref, l'ajout d'un médiateur pour expliquer la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques n'est pas significatif.

4.4 Analyses de modération

Dans une visée exploratoire, une analyse de modération est également testée afin de vérifier s'il existe un effet modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. Pour un rappel : « une variable modératrice [...] est une variable qui module l'effet de la variable indépendante X sur la variable dépendante Y » (Caceres et Vahammne, 2003 : p.68). Plus précisément : « le sens et/ou la force de l'influence de X sur Y varie(nt) selon les niveaux de la variable modératrice » (p.68). En effet, le modérateur vient affecter la direction ou l'intensité de la relation entre les variables dans une perspective

interactionniste (Rasle et Irachabal, 2001). Ainsi, dans cette étude, l'analyse vient tester si l'effet des pratiques parentales positives ou négatives vient « s'ajouter » à celui du tempérament (plus ou moins facile ou difficile) de l'enfant et participe ensemble à l'explication de la présence ou non de manifestation de symptômes traumatiques.

Pour compléter une analyse de modération, il faut suivre les étapes suivantes. Il faut tout d'abord effectuer une analyse de régression linéaire multiple avec les symptômes traumatiques comme variable dépendante et le tempérament et les pratiques parentales comme variables indépendantes. Ensuite, il faut centraliser les deux variables indépendantes (tempérament et pratiques parentales) et les multiplier ensemble pour obtenir la variable modératrice. Finalement, il faut ajouter le modérateur comme variable indépendante à la régression multiple initiale, puis comparer les résultats.

4.4.1 Régression linéaire multiple

Comme pour la régression linéaire simple, la régression linéaire multiple permet d'expliquer des relations entre les variables à l'aide d'une équation de droite. La différence est que la régression linéaire multiple ajoute plusieurs variables indépendantes à l'équation. Elle nous permet de savoir quelle variable indépendante est la plus importante pour prédire la variable dépendante. Pour cette régression, voici les hypothèses :

$H_0 : \beta_1, \beta_2 = 0$, où le tempérament et les pratiques parentales ne sont pas liés à aux symptômes
traumatiques

H_1 : Au moins une β n'est pas égal à zéro, où le tempérament et les pratiques parentales sont
liés aux symptômes traumatiques

Tout d'abord, le tableau XXIX indique un indice de corrélation de Pearson de 0,320 ce qui signifie une corrélation de taille faible. Le coefficient de détermination R^2 est de 0,102 ce qui signifie que le tempérament et les pratiques parentales n'expliquent que 10,2% de la variance des symptômes traumatiques. Il reste donc 89,8% des symptômes traumatiques qui ne sont pas expliqués par le tempérament et les pratiques parentales. Pour cette régression linéaire multiple, la taille de l'effet est de 0,1136, ce qui indique un effet moyen. Par la suite, le seuil de

signification ($0,422 > 0,05$) présenté au tableau XXX est plus grand que 0,05 on ne peut donc pas accepter l'hypothèse alternative que le tempérament et les pratiques parentales sont liés aux symptômes traumatiques. Le tableau XXXI permet de voir que le tempérament a plus de poids que les pratiques parentales ($0,217 > -0,042$) pour expliquer les symptômes traumatiques. Toutefois, aucune des deux variables indépendantes n'est significative, donc elles n'expliquent pas la variable dépendante, soit les symptômes traumatiques. Les figures 29 à 32 disponibles à l'annexe C démontrent que la régression linéaire multiple respecte les postulats.

Tableau XXIX : Régression linéaire multiple

Variabes	R	R-deux
Tempérament	0,320	0,102
Pratiques Parentales		
Symptômes traumatiques		

Tableau XXX : ANOVA de la régression linéaire multiple

	Somme des carrés	F	Sig.
Régression	0,208	0,910	0,422

Tableau XXXI : Coefficients de la régression linéaire multiple

	B	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité	
				Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	0,752	1,069	0,301	-0,739	2,243		
Tempérament	0,217	1,334	0,201	-0,128	0,561	0,847	1,181
Pratiques parentales	-0,042	-0,338	0,739	-0,304	0,221	0,847	1,181

4.4.2 Ajout du modérateur dans la régression linéaire multiple

La variable modératrice est obtenue après avoir centralisé les deux variables indépendantes et les avoir multipliées ensemble. Ce modérateur peut ainsi être ajouté à la régression linéaire multiple présentée plus dans la section précédente. Les tableaux XXXII à XXXIV présentent les résultats. Pour cette nouvelle régression, voici les hypothèses :

$H_0 : \beta_1, \beta_2 = 0$, où le modèle n'est pas lié à aux symptômes traumatiques

$H_1 : \text{Au moins une } \beta \text{ n'est pas égal à zéro, où le modèle est lié aux symptômes traumatiques}$

Tableau XXXII : Régression linéaire multiple avec l'ajout du modérateur

Variabiles	R	R-deux
Tempérament	0,321	0,103
Symptômes traumatiques		

Tableau XXXIII : ANOVA de la régression linéaire multiple avec l'ajout du modérateur

	Somme des carrés	F	Sig.
Régression	0,209	0,573	0,642

Tableau XXXIV : Coefficients de la régression linéaire multiple avec l'ajout du modérateur

	B	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité	
				Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	0,764	1,038	0,316	-0,805	2,334		
Tempérament	0,218	1,296	0,215	-0,140	0,576	0,843	1,186
Pratiques parentales	-0,051	-0,327	0,748	-0,384	0,282	0,568	1,760
Modérateur	0,012	0,101	0,921	-0,246	0,271	0,649	1,541

La corrélation de Pearson est de 0,321 ce qui signifie une corrélation faible. Le coefficient de détermination R^2 est de 0,103 ce qui signifie que le modèle explique 10,3% des symptômes traumatiques. Ces résultats varient à peine avec l'ajout de la variable modératrice. En effet, la première régression avait un coefficient de détermination R^2 de 0,102 versus 0,103 pour cette nouvelle régression avec l'ajout du modérateur. De plus, la taille de l'effet du premier modèle était de 0,1136 et pour ce modèle la taille de l'effet est de 0,1148, qui sont deux effets petits. Puisque le seuil de signification (0,05) est plus grand que 0,05 ($0,642 > 0,05$) on ne peut donc pas accepter l'hypothèse alternative voulant que le modèle soit lié aux symptômes traumatiques. Pour ce qui est des coefficients, le tempérament demeure la variable ayant le plus grand poids dans le modèle, suivi des pratiques parentales et finalement de la variable modératrice. Ainsi, avec ces résultats, nous pouvons conclure que l'ajout d'un modérateur pour expliquer la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques n'est pas significatif.

4.5 Synthèse des résultats

Plusieurs analyses ont été réalisées afin d'explorer les relations entre les trois variables d'intérêt dans la présente étude. Les résultats découlant de la régression linéaire simple, de l'analyse médiatrice et de l'analyse modératrice ne sont pas significatives. Cependant, après avoir testé toutes les combinaisons possibles entre les sous-échelles du tempérament et des symptômes traumatiques, quatre régressions linéaires s'avèrent significatives. En effet, l'échelle extraversion est liée à l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'évitement, l'échelle émotivité négative est liée à l'échelle dissociation, l'échelle émotivité négative est liée à l'échelle anxiété et finalement l'échelle émotivité négative est liée aux scores totaux du

questionnaire des symptômes traumatiques. Pour ce qui est des analyses de l'effet médiateur et modérateur, les résultats démontrent clairement qu'elles ne sont pas significatives et donc que les pratiques parentales ne jouent pas un rôle médiateur ni modérateur sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. Ainsi, nous pouvons affirmer que les hypothèses de l'étude sont rejetées. Les résultats seront discutés dans le prochain chapitre.

Chapitre 5

Discussion

La présente étude visait essentiellement à mieux comprendre comment les pratiques parentales se conjuguent au tempérament pour rendre compte des symptômes traumatiques susceptibles d'être manifestés par les enfants dont le signalement à la protection de la jeunesse a été jugé fondé pour maltraitance. Dans cette optique, nous nous sommes intéressés au lien corrélationnel existant entre ces variables d'intérêt et avons également exploré deux modèles pour vérifier dans quelle mesure les pratiques parentales peuvent agir comme médiateur ou modérateur dans la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. Puisque ces deux modèles sont différents, ils se traduisent par des hypothèses bien différentes. Dans le premier cas, l'hypothèse soulevée est que le tempérament (variable indépendante) est à l'origine du déclenchement de la variable médiatrice (ou de son intensité), ici les pratiques parentales (positives ou négatives), qui à son tour influence la variable dépendante, soit la manifestation (ou non) de symptômes traumatiques chez l'enfant. Il s'agit donc d'un modèle transactionnel. Dans le second cas, on fait l'hypothèse que le modérateur vient plutôt affecter la direction ou l'intensité de la relation entre les variables dans une perspective interactionniste. Ainsi, la seconde hypothèse repose sur l'idée que l'effet des pratiques parentales positives ou négatives vient « s'ajouter » à celui du tempérament (plus ou moins facile ou difficile) de l'enfant et participent ensemble à l'explication de la présence ou non de manifestations de symptômes traumatiques.

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude n'ont cependant montré aucun lien significatif entre le tempérament et les symptômes traumatiques, lorsque les scores totaux sont pris en compte. Soit il n'existe en effet aucun lien entre le tempérament de l'enfant et les symptômes traumatiques, malgré une recension des écrits qui tend pourtant à suggérer le contraire, soit certains éléments à l'étude peuvent être soulevés comme des obstacles permettant d'expliquer le rejet de notre hypothèse. C'est donc dans cette optique que nous discuterons dans ce chapitre de ce qui a pu influencer les résultats obtenus.

Toutefois, pour ce qui est des liens lorsque les sous-échelles sont analysées, certaines régressions sont significatives. Ainsi, il sera intéressant de discuter des sous-échelles significatives et de vérifier dans quelle mesure ces résultats semblent cohérents avec les résultats des autres études.

Par ailleurs, l'exploration des deux modèles, médiateur et modérateur, pour vérifier le rôle transactionnel ou interactionniste pouvant être joué par les pratiques parentales dans la relation entre le tempérament de l'enfant et la manifestation de symptômes traumatiques, n'a pas permis de confirmer aucune des deux hypothèses soulevées.

Il sera intéressant de commencer par discuter des résultats descriptifs et des régressions qui expliquent les tangentes des trois variables à l'étude et de faire un retour sur les écrits scientifiques. De plus, malgré l'absence de résultats confirmatoires, cette étude soulève quand même un questionnement sur le rôle des pratiques parentales dans la relation entre le tempérament de l'enfant et la possibilité pour lui de manifester des symptômes traumatiques en situation de maltraitance. C'est dans cette optique que la discussion permettra de faire le point sur les écrits disponibles à ce sujet dans la littérature scientifique. Finalement, les défis et les limites auxquelles nous avons fait face seront détaillés de même que des pistes pour des recherches futures.

5.1 Pratiques parentales : Représentatives de la population?

Selon la littérature scientifique, il existe plusieurs facteurs pouvant influencer les pratiques parentales. En effet, selon Belsky (1984), les trois groupes de déterminants qui peuvent affecter les pratiques parentales sont les ressources personnelles et psychologiques du parent, les caractéristiques de l'enfant et le contexte entourant les sources de stress et le soutien. Au sein du premier groupe, des facteurs comme l'âge, la dépression et les expériences antérieures peuvent impacter le rôle du parent. Dans cette étude, des données ont été collectées à propos de l'âge des parents. Avoir des enfants très jeunes peut en effet influencer les pratiques parentales. Toutefois, dans cette recherche, les parents ont en moyenne 36,8 ans et les enfants 8,05, ce qui signifie qu'en moyenne les parents de l'étude ont eu leur enfant à 28 ans, ce qui n'est pas considéré jeune. Ainsi, la possibilité que l'âge impacte les pratiques parentales ne peut pas être soulevée dans cette recherche. Ensuite, le deuxième groupe de déterminant, les caractéristiques de l'enfant, inclut les facteurs suivants : le sexe de l'enfant, le statut de son développement, les risques associés à l'enfance ainsi que le tempérament. Ce dernier est un des

prédicteurs les plus influents pour la qualité des pratiques parentales (Bryan et Dix [2009], Clark, Kochanska et Ready [2000] et O'Connor [2002]). Cependant, dans cette présente étude, les données collectées sur le tempérament n'indiquent pas que celui-ci se situe dans un pôle négatif se caractérisant par une forte émotivité négative, une forte extraversion et un faible contrôle exigeant de l'effort. Ainsi, la possibilité que le tempérament impacte les pratiques parentales, dans cette recherche, n'est pas considérable. Finalement, le dernier groupe de déterminant est le contexte des sources de stress et des sources de soutien. Dans cette étude, les sources de soutien n'ont pas été collectées. Cependant, les sources de stress incluent la relation matrimoniale, le réseau social et le travail. Cette recherche a recueilli des données concernant le travail. Dans ce sens, Belsky (1984), suggère que le statut d'emploi affecte les pratiques parentales. En effet, il affecte la qualité ainsi que la quantité des pratiques parentales. Les participants de cette recherche ont en majorité (55%) un emploi rémunéré et donc la possibilité que le travail impacte les pratiques parentales ne peut pas être utilisée. Ainsi, à la lumière de ces facteurs, au sein de cette étude, aucun ne peut indiquer la présence de pratiques parentales plutôt négatives, ce qui concorde avec les données collectées. En effet, les pratiques parentales de cette étude se situent plutôt au pôle positif.

Toutefois, ces résultats ne correspondent pas aux études réalisées entre les pratiques parentales et la maltraitance. En effet, la maltraitance est associée à plusieurs risques parentaux comme une faible implication et une faible chaleur paternelle (Brown, Cohen, Johnson et Salzinger, 1998). De plus, un manque d'aptitude parentale peut mener à un plus grand risque de maltraitance chez les enfants (Mendel, Tomasello et Nochajski, 2012). Ainsi, on peut soulever un questionnement puisque la perception qu'ont les parents de notre échantillon à l'égard de leurs pratiques est plutôt positive, et ce, en dépit du fait qu'objectivement, leur enfant a été l'objet d'un signalement pour maltraitance et que celui-ci a été jugé fondé par les services de protection de l'enfance.

La non-concordance entre la littérature scientifique et les données récoltées peut être justifiée par le biais des parents, par le type de questionnaire et par l'effet du faible échantillon. Dans un premier temps, les participants de cette étude sont ceux qui ont accepté de le faire. De plus, bien que l'entretien se déroule dans une atmosphère non jugeant et soutenant pour le parent, les parents peuvent vouloir répondre correctement, au lieu d'honnêtement. Ainsi, une

forme de biais peut s'installer à travers ses réponses. De plus, la désirabilité sociale peut être une cause importante. En effet, le parent désire bien paraître devant l'assistant de recherche et peut donc modifier ses réponses. Il est intéressant de se demander si ces biais seraient aussi présents si les parents devaient répondre directement sur le questionnaire, au lieu de répondre à voix haute devant une autre personne. Dans un deuxième temps, le type de questionnaire qui est utilisé pour récolter les données sur les pratiques parentales peut porter à confusion. En effet, les réponses se situent sur un pôle de 1 à 7, mais lorsque les parents regardent le guide pour répondre à la question, seulement le pôle le plus négatif et le plus positif est affiché. Le reste des réponses se situent sur la ligne horizontale. Le parent est donc plus porté à choisir un des deux pôles qu'une réponse intermédiaire. Ceci peut donc aussi être considéré comme une forme de biais lors de la passation de ce questionnaire. Finalement, avec seulement 19 observations pour ce questionnaire, il est plus difficile de pouvoir arriver à des conclusions correspondantes aux écrits scientifiques. En effet, en analyse quantitative, un minimum de 30 observations est plus optimal pour retrouver une loi normale dans les données.

En résumé, les données dans cette présente étude sur les pratiques parentales ne semblent pas concorder avec la littérature scientifique. Ceci peut être expliqué par le biais des parents, le type de questionnaire et la taille de l'échantillon.

5.2 Symptômes traumatiques : Présence significative de stress post-traumatique?

Le traumatisme ne dépend pas seulement de l'acte, mais aussi de la relation entre la victime et l'abuseur et c'est pour cela que les traumatismes interpersonnels, comme ceux considérés dans cette présente étude, peuvent être plus chroniques et sévères que les traumatismes qui ne sont pas personnels (De Bellis, 2001). Ainsi, les symptômes de l'état du stress post-traumatique sont des réponses fréquentes face à un stressor comme la maltraitance (De Bellis, 2001). Dans la présente recherche, certaines données viennent appuyer cette constatation. Il est d'abord important de rappeler que cette étude a mesuré les symptômes traumatiques des enfants à l'aide des dimensions suivantes : intrusion, évitement, hyperréactivité, dissociation et anxiété. Ainsi, selon les données recueillies, les enfants participant à cette étude ont une présence cliniquement significative d'évitement et la possibilité

d'avoir un stress post-traumatique faible ou moyen. Évidemment, le nombre faible de participants vient probablement impacter les données. Une hypothèse pourrait être formulée qu'avec un nombre de participants plus élevé, d'autres échelles (intrusion, hypervigilance, dissociation et/ou anxiété) seraient peut-être cliniquement significatives.

Dans le même ordre d'idée, la présence cliniquement significative de comportements d'évitement dans cette recherche converge avec l'étude empirique de Milot, Éthier, St-Laurent et Provost en 2010 mentionnant que les enfants maltraités (négligés, abusés physiquement et abusés sexuellement) sont à risque de développer des symptômes de stress post-traumatique, tel que l'évitement et autres symptômes. Ne pas vouloir aller à un endroit qui rappelle à l'enfant quelque chose de pénible du passé et ne plus faire des choses que l'enfant aimait faire sont des exemples de comportements d'évitement.

Cependant, il reste intéressant de regarder l'étude de Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell et Daigneault (2011) indiquant que certaines formes de maltraitance (abus émotionnel, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique) sont associées à la présence d'anxiété. De plus, les symptômes cliniques de dépression sont associés à tous les types de maltraitance. Dans cette étude, les scores des échelles d'anxiété et de dépression se situent dans des moyennes acceptables et donc la possibilité d'avoir un stress post-traumatique est écartée. Ainsi, ces données ne corroborent pas avec la littérature scientifique. Comme mentionné précédemment, le manque de participant semble avoir un impact important sur les résultats concernant les symptômes traumatiques.

En résumé, les résultats de cette présente étude convergent avec les écrits scientifiques au sujet de l'évitement et du stress post-traumatique. Cependant, pour les autres échelles et plus précisément l'anxiété et la dépression, les résultats ne semblent pas converger vers les mêmes conclusions que les écrits scientifiques. Ces différences semblent pouvoir être expliquées par le nombre de participants trop faible limitant les impacts de cette étude.

5.3 Tempérament : Facile ou difficile

Selon Rothbart (1989) le tempérament se développe avec le temps et il est influencé par les contextes et les expériences de vie. Ainsi, la maltraitance, étant une expérience de vie, vient influencer le tempérament des enfants. En effet, Brown, Cohen, Johnson et Salzinger (1998)

expliquent qu'un tempérament difficile peut être une conséquence de la maltraitance aussi bien qu'un facteur de risque de la maltraitance. Dans ce sens, Friedrich et Einbender (1983) mentionnent qu'il est possible que certains tempéraments prennent part au cycle de maltraitance et peuvent même en augmenter le risque. Dans la présente étude, les données des différentes échelles du questionnaire (émotivité négative, extraversion et contrôle exigeant de l'effort) se situent au centre du pôle et donc n'indiquent pas un tempérament que l'on peut qualifier de facile ou de difficile. Devenir plutôt frustré(e) lorsqu'on empêche de faire des choses à l'enfant qu'il/elle veut faire et avoir tendance à devenir triste lorsque les projets de la famille ne fonctionnent pas sont des exemples de comportements d'émotivité négative. Les comportements d'extraversion incluent de sembler toujours pressé(e) d'aller d'un endroit à l'autre et de se précipiter souvent dans de nouvelles situations. Le contrôle exigeant de l'effort englobe des comportements tels que de montrer une grande concentration lorsque l'enfant dessine ou colore et d'être bon(ne) pour suivre des instructions. Un tempérament facile est représenté par une émotivité négative faible, une faible extraversion et un niveau élevé de contrôle exigeant de l'effort. À l'inverse, un tempérament difficile se définit par une forte émotivité négative, un haut niveau d'extraversion et un faible contrôle exigeant de l'effort. Ainsi, les résultats de cette recherche concernant le tempérament ne semblent pas converger avec la littérature scientifique.

D'un autre côté, les résultats de l'étude de Cirpianon-Essel, Skowron et Teti (2013) indiquent qu'un tempérament négatif et un faible support parental semblent exposer tous les enfants à une faible maîtrise du contrôle de soi. Ce résultat ne peut pas être supporté par cette présente étude puisque les données n'indiquent ni un faible support parental ni un tempérament négatif. Par ailleurs, les mêmes auteurs expliquent que selon la théorie de la susceptibilité différentielle, les enfants ayant un tempérament réactif, donc avec la présence d'émotivité négative, sont plus vulnérables à la maltraitance précoce. Dans cette étude, 28% des participants ont été victimes d'abus physique et 38% de mauvais traitement psychologiques, ce qui vient rejoindre les principaux motifs de signalement des enfants au sein de notre échantillon actuel où la majorité ont été victimes d'abus physique et de mauvais traitement psychologique. Bref, encore une fois, les résultats de cette présente étude ne semblent pas converger vers ceux que l'on retrouve dans la littérature scientifique, puisque le tempérament des participants ne se

caractérise pas par une forte présence d'émotivité négative, malgré le fait d'avoir été victime de maltraitance.

En résumé, les écrits scientifiques expliquent qu'un tempérament difficile ou réactif est plus fréquemment associé à la maltraitance. Ceci ne corrobore pas avec les résultats de cette présente étude. En effet, le tempérament des enfants de cet échantillon se situe plutôt au centre du continuum et donc est plus neutre que facile ou difficile. Le nombre faible de participants et les biais dans les réponses des parents peuvent être considérés dans cette divergence entre la littérature scientifique et la présente recherche.

5.4 Régressions

Les analyses de régressions réalisées dans le cadre de cette étude permettent de répondre à la première hypothèse de recherche mentionnant que le tempérament devrait être associé avec la présence de symptômes traumatiques. Une discussion des régressions non significatives est présentée dans un premier temps, puis une discussion de celles qui sont significatives est détaillée dans un deuxième temps.

5.4.1 Corrélation non significative

Dans cette recherche, la première régression à être testé est celle entre le tempérament (variable indépendante) et les symptômes traumatiques (variable dépendante). Les scores totaux des deux variables sont utilisés. L'hypothèse que le tempérament est lié aux symptômes traumatiques n'est pas significative ($p = 0,146$). Ce résultat ne correspond pas à la littérature scientifique qui mentionne que les réactions à court terme de symptômes traumatiques sont influencées par, entre autres, le tempérament de l'enfant (Pynoos, Steinberg et Piacentini, 1999).

En observant des échelles plus spécifiques, la relation entre le contrôle exigeant de l'effort et l'anxiété dans cette présente étude n'est pas significative ($p = 0,974$). Ceci ne converge pas vers les écrits scientifiques indiquant que les conséquences du tempérament s'illustrent dans le développement des symptômes traumatiques. Plus précisément, les enfants avec un niveau élevé de contrôle exigeant de l'effort rapportent moins d'anxiété (Kiff, Lengua et Bush, 2011). Dans le même ordre d'idée, dans l'étude de Strelau et Zawadzi (2005) la réactivité émotionnelle est le meilleur prédicteur de l'intensité des symptômes de l'état du stress post-traumatique. Ce résultat ne corrobore pas avec les données de cette présente étude. En effet, la relation entre

l'émotivité négative et le total des échelles du stress post-traumatique n'est pas significative ($p = 0,078$). Cependant, ce seuil de signification n'est pas trop éloigné du seuil acceptable ($p = 0,05$). Ceci peut indiquer que les résultats de cette présente étude pourraient se diriger vers une relation significative entre l'émotivité négative et le total des échelles du stress post-traumatique si le nombre de participants avait été plus élevé.

En résumé, les résultats de cette recherche concernant la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques ne correspondent pas avec la littérature scientifique présentée. Cependant, à travers ces divergences, il y a présence de quelques régressions significatives qui suggèrent tout de même une piste intéressante qui sera détaillée dans la prochaine sous-section.

5.4.2 Émotivité négative et Extraversion

Puisque le tempérament se compose de différents traits caractéristiques, nous nous sommes intéressés de façon plus spécifique aux liens entre l'émotivité négative et les symptômes traumatiques, ainsi qu'entre l'extraversion et les symptômes traumatiques.

Dans un premier temps, l'émotivité négative est associée de manière significative avec le symptôme de dissociation, d'anxiété et avec le total des symptômes traumatiques. Ces trois relations significatives indiquent que le lien entre l'émotivité négative et la présence de symptômes traumatiques devrait être davantage exploré. Par ailleurs, la relation entre l'émotivité négative et l'hypervigilance a un seuil de signification se rapprochant du seuil acceptable, de même que pour la relation entre l'émotivité négative et le total des échelles du stress post-traumatique. Il semble donc qu'avec un nombre plus élevé de participants, il pourrait être possible d'avoir un lien significatif entre le tempérament et la présence de symptômes traumatiques.

Dans un deuxième temps, l'extraversion est associée significativement avec l'évitement. Cette relation est la seule significative pour l'échelle de l'extraversion. Toutefois, la relation entre l'extraversion et l'intrusion, ainsi que la relation entre l'extraversion et le total des échelles du stress post-traumatique ont des seuils de signification proche du seuil de signification acceptable. Il semble donc, encore une fois, qu'avec un nombre plus élevé de participants, il

pourrait être possible d'avoir un lien significatif entre le tempérament et la présence de symptômes traumatiques.

En résumé, les quatre régressions significatives ne permettent pas d'accepter l'hypothèse de base, néanmoins, ces résultats soulèvent la possibilité que l'hypothèse aurait pu être acceptée avec un échantillon plus grand. En effet, un échantillon de grande taille (idéalement plus de 30) permet d'avoir une meilleure représentativité et limite les cas atypiques pouvant être présents.

5.5 Exploration de l'effet médiateur et modérateur des pratiques parentales

Cette étude explore les liens médiateur et modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. En effet, la combinaison des différences chez un enfant (niveau élevé d'émotivité négative ou d'extraversion et/ou un niveau faible de contrôle exigeant de l'effort) et des difficultés familiales (manifester des comportements négligents ou hostiles) entraînent des effets négatifs sur la trajectoire de l'enfant ce qui peut se manifester entre autres par des symptômes traumatiques. C'est dans cette optique que nous voulions tester ces modèles. Cependant, l'ajout d'un médiateur pour expliquer la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques n'est pas significatif. Étant un modèle transactionnel, le but était d'explorer le processus dans lequel le tempérament (variable indépendante) est à l'origine du déclenchement de la variable médiatrice (ou de son intensité), ici les pratiques parentales (positives ou négatives), qui à son tour influence la variable dépendante, soit la manifestation (ou non) de symptômes traumatiques chez l'enfant. L'analyse de médiation n'a toutefois pas pu être explorée complètement, puisque la première condition de l'analyse (que le tempérament doit prédire les symptômes traumatiques) n'a pas été respectée. Bien que les résultats de cette étude ne soient pas significatifs, la littérature scientifique englobe beaucoup d'études présentant les pratiques parentales comme étant un médiateur sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques.

En effet, dans l'étude de Pauluseen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma et van den Wittenboer (2008) les pratiques parentales ont un effet médiateur sur la relation entre l'émotivité négative est certains comportements internalisés et externalisés. Bien que plusieurs études démontrent que les pratiques parentales peuvent avoir un effet médiateur sur la relation entre le

tempérament et les symptômes traumatiques, d'autres études n'arrivent pas aux mêmes conclusions. Par exemple, la recherche d'Affrunti, Geronimi et Woodruff-Borden (2013) conclut qu'une pratique parentale offrant beaucoup de soin (*nurturing parenting*) n'a pas d'effet médiateur sur la relation entre le tempérament de l'enfant et ses symptômes d'anxiété.

Dans un deuxième temps, tout comme pour le médiateur, l'ajout d'un modérateur pour expliquer la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques n'est pas significatif. Dans cette analyse, le modérateur vient affecter la direction ou l'intensité de la relation entre les variables dans une perspective interactionniste (Rascle et Irachabal, 2001). Le but était donc d'explorer l'effet des pratiques parentales positives ou négatives venant « s'ajouter » à celui du tempérament (plus ou moins facile ou difficile) de l'enfant et participant ensemble à l'explication de la présence ou non de manifestation de symptômes traumatiques. L'analyse de modulation a cette fois pu être testée complètement, mais les résultats ne sont pas concluants. Encore une fois, l'hypothèse du nombre faible de participants pour expliquer les résultats est choisie. Il reste tout de même important de continuer d'explorer l'avenue d'un effet modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. En effet, Karreman, de Haas, van Tuijil, van Aken et Dekovic (2010) expliquent que leur étude vient supporter le fait que les pratiques parentales peuvent jouer un rôle de modérateur dans la relation entre le tempérament et certains problèmes chez l'enfant. Dans la même lignée, l'étude de Clercq, Van Leeuwen, De Fruyt, Hiel et Mervielde (2008) vient appuyer l'effet modérateur des pratiques parentales sur la relation entre certains traits de personnalité (qu'on pourrait ici relier au tempérament) et la psychopathologie à l'enfance (qu'on pourrait ici relier aux symptômes traumatiques).

En résumé, bien que ni l'ajout d'un médiateur ni l'ajout d'un modérateur pour expliquer la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques ne soient significatifs, cette étude ainsi que la littérature scientifique permettent de montrer qu'il faut continuer d'explorer ces deux avenues.

5.6 Limites et apports de l'étude

Les résultats de cette recherche ne permettent pas d'affirmer la présence d'un lien significatif entre le tempérament des enfants et les symptômes traumatiques. Ils ne permettent

pas non plus d'affirmer que les pratiques parentales peuvent jouer le rôle d'une variable médiatrice ou modératrice entre le tempérament de l'enfant et la manifestation (ou non) de symptômes traumatiques. Il demeure néanmoins que la problématique soulevée et le cadre théorique retenu pour cette étude sont intéressants pour comprendre la relation qui peut exister entre le tempérament et les symptômes traumatiques, ainsi que les effets médiateur et/ou modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. Dans le même ordre d'idée, les régressions significatives entre certaines échelles du tempérament et certaines échelles des symptômes traumatiques semblent indiquer que la relation entre les scores totaux du tempérament et les scores totaux des symptômes traumatiques pourraient exister. Toutefois, certaines limites dans la démarche adoptée peuvent être ici soulevées pour expliquer ces résultats non significatifs. Ceux-ci doivent donc être considérés en tenant compte de ces limites.

Premièrement, la méthode privilégiée pour la collecte de données de cette présente étude peut donner lieu à un biais de désirabilité sociale. En effet, les répondants sont amenés à répondre à des questions à propos de leurs propres pratiques parentales, du tempérament de leur enfant ainsi que des symptômes traumatiques de leur enfant. Les participants pourraient donc ne pas être confortables de répondre de manière défavorable à propos des trois variables questionnées. Effectivement, les parents-répondants doivent décrire les différentes façons dont ils réagissent à des problèmes avec leur enfant tel que des comportements comme crier, frapper quelqu'un, faire une crise, refuser de faire ses devoirs, rentrer tard à la maison, etc. Ils doivent aussi indiquer la fréquence à laquelle son enfant fait, ressent ou vit certaines choses au courant du dernier mois. Finalement, ils doivent indiquer la réaction probable de leur enfant dans diverses situations. Par conséquent, les participants pourraient répondre aux questionnaires en voulant embellir leur réalité. Ainsi, il se pourrait que les pratiques parentales soient mieux évaluées qu'elles ne le sont vraiment. De même pour le tempérament et les symptômes traumatiques des enfants. De plus, la méthode de passation des questionnaires peut venir biaiser les réponses des parents. En effet, les parents ne répondent pas eux-mêmes au questionnaire. Ils donnent leur réponse à voix haute à un assistant de recherche qui lui entre les réponses dans le questionnaire. De plus, pour ce qui est du tempérament et des pratiques parentales, nous obtenons plutôt une perception unique du parent puisque l'enfant ne répond pas aux mêmes

questions. Celui-ci répond par contre à certaines questions sur les symptômes traumatiques. De cette façon, les symptômes traumatiques sont triangulés, tandis que les pratiques parentales et le tempérament ne le sont pas. Ce choix de méthode limite donc la validité externe.

Deuxièmement, une autre limite de cette recherche concerne l'échantillon relativement petit. Effectivement, les réponses de seulement 20 participants ont été collectées. Bien que la recherche dans laquelle cette étude s'inscrit planifiait avoir les réponses de 150 participants au premier temps de mesure, l'échantillon disponible au moment des analyses pour ce mémoire n'avait pas atteint l'objectif souhaité en raison d'importantes difficultés de recrutement dans les centres jeunesse. Il s'agit d'une limite importante. Certains changements ont été apportés pour le deuxième temps de mesure afin d'améliorer le recrutement. Cependant, ce temps de mesure n'apparaît pas dans cette présente étude. Ainsi, avoir un faible échantillon peut nuire à la qualité des analyses et miner le caractère généralisable du projet.

Troisièmement, en lien avec la collecte de données, il se peut que les conditions dans lesquelles les parents ont eu à répondre au questionnaire n'étaient pas optimales. En effet, dans certaines situations, il se pourrait que le domicile ne soit pas idéal pour s'assurer de la confidentialité des réponses. Ainsi, l'enfant et/ou le parent auraient pu entendre les réponses de l'autre et donc il est possible que ceux-ci aient été amenés consciemment ou inconsciemment à modifier leurs réponses.

En résumé, le potentiel de biais de désirabilité, la taille de l'échantillon et les conditions pour la collecte de données peuvent constituer des limites importantes à cette recherche. Toutefois, même si la présence de ces limites est réelle, il est pertinent de s'attarder sur les apports bénéfiques de cette étude.

Cette recherche a permis de poser un regard sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques des enfants maltraités, ainsi que sur le lien médiateur et modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques. En prenant compte des limites de l'étude, les résultats des régressions sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques semblent avoir le potentiel de concorder avec la littérature scientifique. De plus, cette recherche a permis une exploration des effets médiateur et modérateur qui, même s'ils sont non significatifs, doivent continuer d'être examinés. Des études

pourraient donc, avec un plus gros échantillon, reproduire ces effets afin de voir s'ils sont concluants. Ainsi, cette recherche a permis d'étudier des enfants maltraités à l'aide de plusieurs formes de méthodes d'analyse. D'un autre côté, bien que l'échantillon soit petit, il se compose d'enfants des deux sexes et avec plusieurs formes de maltraitance. Ceci vient donc combler certaines lacunes dans les écrits scientifiques qui souvent ciblent un sexe ou une forme de maltraitance.

En conclusion, l'étude de Maltrais et Normandeau (2017) arrive aux résultats qu'en plus de compromettre la sécurité et le développement de l'enfant, la maltraitance vient aussi affecter le parcours scolaire de l'enfant. Ainsi, cette étude permet d'ouvrir une discussion à propos de la place de l'éducation au sein de la problématique de la maltraitance. Dans cette étude recensant les travaux menés entre 2007 et 2014 sur le parcours scolaire des enfants maltraités, plusieurs constats sont ressortis. En somme, les enfants victimes de maltraitance ont souvent des difficultés cognitives, émotionnelles et comportementales qui viennent influencer négativement leur réussite à l'école. En effet, selon l'étude de Eckenrode, Laird et Doris (1993), les enfants maltraités performant significativement moins bien dans des tests standardisés et sont aussi plus enclins à redoubler une année scolaire que des enfants de même âge et provenant de la même communauté n'étant pas maltraités. De plus, les enfants maltraités reçoivent plus d'avertissements et de conséquences disciplinaires et de suspensions que leurs pairs normatifs. L'étude de Kurtz, Gaudin, Wodarski et Howing (1993) arrive aux mêmes résultats : les enfants maltraités présentent de graves problèmes scolaires et socio émotionnels. De plus, Veltman et Browne (2001), ayant étudié trois décennies de recherche sur la maltraitance, expliquent que la majorité des études présentes dans leur recherche arrivent aux conclusions que la maltraitance est reliée à un délai au niveau du langage et du développement cognitif, à un quotient intellectuel plus faible et à une moins bonne performance scolaire. À la lumière de ces études présentées, la problématisation de ce présent travail pourrait être reprise afin de conduire de futures recherches basées sur un contexte scolaire plutôt que familial.

Chapitre 6

Conclusion

Les études ayant comme population les enfants maltraités ne risquent pas de s'estomper au cours des prochaines années. Au Québec, cette problématique reste un enjeu important de société. Comment aider à diminuer cette problématique? Quels sont les facteurs associés? De tels questionnements ont mobilisé les recherches et discussions sur le sujet. Les pratiques parentales, le tempérament et les symptômes traumatiques ont été explorés dans la littérature scientifique.

Bien que cette étude n'ait pas établi de lien significatif pour la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques des enfants maltraités et pour les effets médiateur et modérateur des pratiques parentales sur la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques, elle a soulevé l'importance cruciale de poursuivre les études à ce sujet. L'étude a tout de même éclairé le fait que certaines dimensions du tempérament (émotivité négative et extraversion) sont en effet liées à des dimensions des symptômes traumatiques. D'après les données, il semble donc que la relation entre le tempérament et les symptômes traumatiques ait un potentiel d'être significative avec un échantillon plus substantiel. Dans cette perspective, il demeure important de continuer à s'intéresser au lien entre ces deux variables et son incidence sur la population visée.

Les traumatismes complexes et interpersonnels restent un phénomène social important, ainsi qu'une problématique de taille. Leurs répercussions sont sérieuses pour les enfants tout au long de leur vie. C'est pour cette raison que ce mémoire a voulu mettre en lumière les facteurs de potentiel risque (pratiques parentales et tempérament), ainsi que les conséquences (symptômes traumatiques) de la maltraitance. Ultimement, il importe que les recherches continuent d'explorer, d'examiner et de vérifier ces liens. Cette présente étude s'est focalisée sur un contexte plutôt familial. Les futures recherches utilisant la même problématique de cette étude devraient aussi s'intéresser au contexte scolaire pouvant être impacté par la maltraitance.

Bibliographie

Ackerman, P.T., Newton, J., McPherson, W.B., Jones, J.G. et Dykman, R.A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774.

Affrunti, N.W., Geronimi, E.M.C et Woodruff-Borden, J. (2013). Temperament, peer victimization, and nurturing parenting in child anxiety: A moderated mediation model. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(4), 483-492.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D, Whitfield C., Perry, B.D.,...Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood : A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(3), 174-186. doi : 10.1007/s00406-005-0624-4

Arnold, D.S., O'Leary, S.G., Wolff, L.S. et Acker, M.M. (1993). The parenting scale : A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144.

Assemblée nationale Québec. (2013). *Rapport du Protecteur du citoyen : La contribution financière au placement d'enfants mineurs*. Repéré à https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2013-03-21_contribution_financiere.pdf

Association des centres jeunesse du Québec. (2011). *La violence change l'enfance : Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2011*. Repéré à http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Bilan%20DPJ_DP%202011.pdf

Association des centres jeunesse du Québec. (2018). *La cause des enfants tatouée sur le cœur : Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2018*. Repéré à http://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciuss_laval/Soins_et_services/Protection_de_la_jeunesse/Bilan2018Vweb.pdf

Association des centres jeunesse du Québec. (2017). *L'adolescence, une traversée en eaux vives : Bilan des DPJ-DP 2017*. Repéré à https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciuss_ceim/Nouvelles/2017/09/DPJ4pagesFinal.pdf

Astley, S., Stachowiak, J., Clarren, S.K. et Clausen, C. (2002). Application of the fetal alcohol syndrome facial photographic screening tool in a foster care population. *The Journal of Pediatrics*, 141(5), 712-717.

Aunola, K. et Nurmi, J-E. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development*, 76(6), 1144-1159.

Ayala-Nunes, L., Nunes, C. et Lemos, I. (2017). Social support and parenting stress in at-risk Portuguese families. *Journal of Social Work*, 17(20), 207-225. DOI: 10.1177/1468017316640200

B.-Dandurand, R. (1994). Pour une définition sociologique de l'enfance contemporaine : une conception élargie du parentage. *Cahiers québécois de démographie* 23(2), 341-357. doi:10.7202/010175ar

Barnett, M.A et Scaramella, L.V. (2017). Supportive and intrusive parenting during early childhood: relations with children's fear temperament and sex. *Journal of Family Psychology* 31(5), 553-562. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000304>

Baron, R.M. et Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182

Bates, J.E (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly : Journal of Developmental Psychology*, 26(4), 299-319.

Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3(11), 255–272.

Baumrind, D. (1994). The social context of child maltreatment. *Family Relations*, 43(4), 360-368.

Belsky, J. (1978). Three theoretical models of child abuse: A critical review. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 2(1), 37-49.

Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting : A process model. *Child Development*, 55(1), 83-96.

Belsky, J. (2014). Social-Contextual determinants of parenting. *Encyclopedia of Early Childhood Development*, 1-5. Repéré à <http://www.child-encyclopedia.com/parenting-skills/according-experts/social-contextual-determinants-parenting>

Belsky, J., Lerner, R.M. et Spanier, G.B. (1984). *The child in the family*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Belsky, J. et Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse : the determinants of parenting. Dans D. Cicchetti et V. Carlson (dir.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and*

consequences of child abuse and neglect (1re éd., vol. 1, p. 153-202). Cambridge: Cambridge University Press.

Bennett, D.S., Sullivan, M.W. et Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame and anger. *Child Maltreatment*, 10(4), 311-323. doi: [10.1177/1077559505278619](https://doi.org/10.1177/1077559505278619)

Bernard-Bonnin, A-C., Hébert, M., Daigneault, I.V. et Allard-Dansereau, C. (2008). Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health*, 13(6), 479-486. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2532913/>

Bogat, G.A., DeJonghe, E., Levendosky, A.A., Davidson, W.S. et von Eye, A. (2005). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 109-125. doi:10.1016/j.chiabu.2005.09.002

Bolger, K.E., Patterson, C.J. et Kupersmidt, J.B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69(4), 1171-1197.

Brady, L. K. et Caraway, J. S. (2002). Home away from home: factors associated with current functioning in children living in a residential treatment setting. *Child Abuse & Neglect*, 26(11), 1149-1163. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00389-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00389-7)

Bremner, J.D., Kirmayer, L.J., Lemelson, R. et Barad, M. (2007). Does stress damage the brain? Dans L.J. Kirmayer, R. Lemelson et M. Barad (dir.), *Understanding Trauma : Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives* (1re éd., vol.1, p. 118-141). New York : Cambridge University Press.

Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E.,...Ernst,V. (2001). The trauma symptom checklist for young children (TSCYC): reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 25(8), 1001-1014. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00253-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00253-8)

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G. et Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1065-1078.

Bryan, A. E. et Dix, T. (2009). Mothers' emotions and behavioral support during interactions with toddlers: The role of child temperament. *Social Development*, 18(3), 647–670. DOI: 10.1111/j.1467-9507.2008.00502.x

Buss, A.H. et Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. Cambridge: Wiley-Interscience.

Buss, A.H. et Plomin, R. (1984). *Temperament : early developing personnality traits*. Hillsdale: Erlbaum.

Caceres, R.C. et Vanhamme, J. (2003). Les processus modérateurs et médiateurs : distinction conceptuelles, aspects analytiques et illustrations. *Recherche et Applications en Marketing*, 18(2), 67-100.

Campos, J.J., Barrett, K.C., Lamb, M.E., Goldsmith, H.H. et Stenberg, C. (1983). Socioemotional development. Dans M.M. Haith et J.J. Campos (dir.), *Handbook of Child Psychology, Vol. 2 : Infancy and Development Psychology*. (4e éd., vol. 2) New York : Wiley.

Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire. (2013). *Aliénation parentale et exposition aux conflits sévères de séparation, Où en sommes-nous?* Repéré à http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/biblio/Bilan_de_reflexion_Alienation_parentale.pdf

Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire. (2013). *Observatoire sur la maltraitance envers les enfants*. Repéré à <http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Accueil.aspx>

Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Sturge-Apple, M. et Toth, S.L. (2010). Interaction of child maltreatment and 5-HTT polymorphisms: Suicidal ideation among children from low-SES backgrounds. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 536-546. doi: [10.1093/jpepsy/jsp078](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp078)

Cipriano-Essel, E., Skowron, E.A., Stifter, C.A. et Teti, D.M. (2013). Heterogeneity in maltreated and non-maltreated preschool children's inhibitory control: the interplay between parenting quality and child temperament. *Infant and Child Development*, 22(5), 501-522.

Claes, M. (2004). Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33(2), 205-226. DOI : 10.4000/osp.2137

Clark, L.A., Kochanska, G. et Ready, R. (2000). Mother's personality and its interaction with child temperament as predictors of parenting behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 274-285.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Colletta, N. (1979). Support systems after divorce: Incidence and impact. *Journal of Marriage and the Family*, 41(4), 837-846.

Colletta, N.D. (1983). At risk for depression: A study of young mothers. *The Journal of Genetic Psychology*, 142(2), 301-310.

Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. et Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589. DOI 10.1007/s11469-011-9323-8

Collins, W. A., Harris, M. L. et Susman, A. (1995). Parenting during middle childhood. Dans M. H. Bornstein (dir.), *Handbook of parenting* (Vol. 1, pp. 65-89). New Jersey, États-Unis : Lawrence Erlbaum Associates Publishers

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, Marylene...van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. et Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584.

Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M-E. et Lessard G. (2014). Victimization : réalité préoccupante pour les jeunes pris en charge par la DPJ. *Criminologie*, 47(1), 187-211.

D’Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. et Van der Kolk, B.A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children : Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry* 82(2), 187-200. DOI: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x

Dagenais, F. (2017). *Violence et maltraitance, les tout-petits québécois sont-ils à l’abri?* Repéré à https://tout-petits.org/media/1418/rapportcomplet_maltraitance_observatoiredestoutpetits.pdf

De Bellis, M.D. (2001). Developmental traumatology : The psychobiological development of maltreated children and it’s implication for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13(3), 539-564.

De Bellis, M.D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-172.

De Clercq, B., Van Leeuwen, K., De Fruyt, F., Van Hiel, A et Mervielde, I. (2008). Maladaptive personality traits and psychopathology in childhood and adolescence : The moderating effect of parenting. *Journal of Personality*, 76(2), 357-383.

Derryberry, D. et Rothbart M.K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of the temperament. *Development and Psychopathology*, 9(4), 633-652.

Desbiens, N. (2017). Parcours d'enfants en contexte d'adversité. Projet en cours.

Dielman, T., Barton, K. et Cattell, R. (1977). Relationships among family attitudes and child rearing practices. *Journal of Genetic Psychology*, 130(1), 105-112.
<http://dx.doi.org/10.1080/00221325.1977.10533235>

Dinwiddie, S., Heath, A.C., Dunne, M.P., Bucholtz, K.K., Madden, P.A., Slutske, W.S., ... Martin, N.G. (2000). Early sexual abuse and life time psychopathology: a co-twin control study. *Psychol Med* 30(1), 41-52.

Duppong Hurley, K., Huscroft-D'Angelo, J., Trout, A., Griffith, A. et Epstein, M. (2014). Assessing parenting skills and attitudes: A review of the psychometrics of parenting measures. *Journal of Child and Family Studies*, 23(5), 812-823.

Eckenrode, J., Laird, M. et Doris, J. (1993). School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology*, 29(1), 53-62.

Eisenberg, N. et Murphy, B. (1995). Parenting and children's moral development. Dans M.H. Bornstein (dir.), *Handbook of Parenting, Volume 4 :Applied and Practical Parenting* (1re éd., vol. 4, p.227-257). New Jersey, États-Unis : Lawrence Erlbaum Associates Publishers

Emmen, R.A.G., Malda, M., Mesman, J., van IJzendoorn, M.H., Prevoe, M.J.L. et Yeniad N. (2013). Socioeconomic status and parenting in ethnic minority families : Testing a minority family stress model. *Journal of Family Psychology*, 27(6), 896-904. doi:10.1037/a0034693

England, M.J. et Sim, L.J. (2009). *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention* (1re éd., vol. 1). Washington, D.C: The National Academies Press.

Éthier, L.S et Lacharité,C. (2001). La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (vol.1, p.68-100). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Field, T. M., Widmayer, S. M., Stringer, S. et Ignatoff, E. (1980). Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants: An intervention and developmental follow-up. *Child Development* 51(2), 426-436.

Fisher, P.A., Gunnar, M.R., Chamberlain, P. et Reid, J.B. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: Impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1356-1364.

Flouri, E. (2008). Temperament influences on parenting and child psychopathology: Socio-economic disadvantage as moderator. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(4). 369-379, DOI 10.1007/s10578-007-0094-1

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Education.

Friedrich, W. N. (1998). *The child sexual behavior inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Friedrich, W.N. et Einbender, A.J. (1983). The abused child: A psychological review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 12(3), 244-256. DOI: 10.1080/15374418309533139

Frommer, E. et O'Shea, G. (1973). Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants. *British Journal of Psychiatry*, 123(573), 149-156. (a)

Frommer, E. et O'Shea, G. (1973). The importance of childhood experiences in relation to problems of marriage and family building. *British Journal of Psychiatry*, 123(573), 157-160.

(b)

Gagné, M.H., Melançon, C., Pouliot-Lapointe, J., Lavoie, F. et Roy, M. (2010). Violence psychologique des parents rapportée par des jeunes à un service d'aide anonyme. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 29(2), 79-98.

Gewirtz, A., Forgatch, M. et Wieling, E. (2008). Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 177-192.

Giraud, R. (2001). *La discipline paternelle est-elle liée à l'estime de soi, au soutien conjugal reçu et à la perception du tempérament de son enfant?* (Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/2731/1/000682989.pdf>

Goldsmith, H.H. et Campos, J.J. (1990). The structure of temperamental fear and pleasure in infants: A psychometric perspective. *Child Development* 61(6), 1944-1964.

Gouvernement du Québec (2018). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Québec : Gouvernement du Québec.

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.

Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A. et Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3)

Hoghughi, M. (2004). Parenting – An Introduction. Dans M. Hoghughi et N. Long (dir.), *Handbook of Parenting : Theory and research for practice* (1re éd., vol.1, p. 1-18). London, Thousand Oaks, New Delhi : SAGE Publications.

Hutchings, J. et Lane, E. (2005). Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(4), 386-391.

Institut de la statistique du Québec. (2016). *Conditions de vie et société, Mieux connaître la parentalité au Québec : Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans, 2015.* Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/environnement-familial/eqepe.pdf>

Institut de la statistique du Québec. (2013). *Santé et bien-être, la violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012 : les attitudes parentales et les pratiques familiales.* Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2012.pdf>

Irvine, A.B., Biglan, A., Smolkowski, K. et Ary, D.V. (1999). The value of the *Parenting Scale* for measuring the discipline practices of parents of middle school children. *Behaviour Research and Therapy*, 37(2), 127-142.

Jones, F. A., Green, V. et Krauss, D. R. (1980). Maternal responsiveness of primiparous mothers during the postpartum period: Age differences. *Pediatrics*, 65(3), 579-584.

Karreman, A., de Hass, S., van Tuijl, C., van Aken, M.A.G et Dekovic, M. (2010). Relations among temperament, parenting and problem behavior in young children. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 39-49.

Kellmer Pringle, M. (1980). *The needs of children: A personal perspective* (2e éd., vol. 1). London: Hutchinson.

Kiff, C.J., Lengua, L.J. et Bush, N.R. (2011). Temperament variation in sensitivity to parenting: predicting changes in depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(8), 1199-1212. DOI 10.1007/s10802-011-9539-x

Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and the security of attachment: multiple pathways to emerging internalization. *Child Development*, 66(3), 597-615

Kolko, D., Hurlburt, M., Zhang, J., Barth, R., Leslie, L., et Burns, B. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: a national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment*, 15(1), 48-53. Doi : 10.1177/1077559509337892

Kotchick, B.A. et Forehand, R. (2002). Putting parenting in perspective: A discussion of the contextual factors that shape parenting practices. *Journal of Child and Family Studies*, 11(3), 255-269.

Kurtz, P.D., Gaudin, J.M., Wodarski, J.S. et Howing, P.T. (1993). Maltreatment and the school-aged child: school performance consequences. *Child Abuse & Neglect*, 17(5), 581-589.

Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Baker, M. et Pronovost, M. (2015). *Les Cahiers de CEIDEF, Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents*. Les éditions CEIDEF : Université du Québec à Trois-Rivières.

La Greca, A.M., Silverman, W.K. et Wasserstein, S.B. (1998). Children's predisaster functioning as a predictor of post-traumatic stress following hurricane Andrew. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 883-892.

Lansford, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E., Crozier, J. et Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological,

behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(8), 824-830.

Lemelin, J-P. et Therriault, D. (2012). Le tempérament et le développement social : Perspectives théoriques, mesures et processus développementaux. Dans J-P. Lemelin, M.A. Provost, G.M. Tarabulsy, A. Plamondon et C. Dufresne (dir.), *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent : Les bases du développement* (1^{re} éd., vol. 1, p.111-138). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Lowell, A. et Renk, K. (2017). Predictors of child maltreatment potential in a national sample of mothers of young children. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(4), 335-353.

Maltais, C. et Normandeau, S. (2017). Le parcours scolaire des enfants victimes de maltraitance parentale : recension d'études entre 2007 et 2014. *Revue de psychoéducation*, 44(2), 317-350.

Matheson, K., Kelly, O., Cole, B., Tannenbaum, B., Dodd, C. et Anisman, H. (2005). Parental bonding and depressive affect: The mediating role of coping resources. *British Journal of Social Psychology*, 44(3), 371-395.

Mendel, W.E., Tomasello, N.M. et Nochajski, T.H. (2012). Building evidence for a prevention-focused education program targeting parents of infants and toddlers. *Journal of Family Social Work*, 15(4), 272-287.

Milot, T., Collin-Vézina, D. et Milne, L. (2013). *Traumatisme complexe*. Source : http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_le_traumatisme_complexe.aspx/>

Milot, T., Éthier, L.S., St-Laurent, D., Lafantaisie, V. et Provost, M.A. (2012). Le développement social des enfants maltraités. Dans G.M. Tarabulsy, M.A. Provost, J-P. Lemelin, A. Plamondon et C. Dufresne (dir.), *Développement social et émotionnel chez l'enfant et*

l'adolescent : Applications pratiques et cliniques (1^{re} éd., vol. 2, p. 9-27). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Milot, T., Éthier, L.S., St-Laurent, D. et Provost, M.A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 225-234. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.006

Ministère de la Justice du Canada. (2017). Ententes parentales : Facteurs d'influence sur les résultats à considérer. Repéré à <http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/ep-cdpa/p4.html>

Morse, M.K. (2010). *The determinants and consequences of empathic parenting: testing an expansion of Belsky's model of parenting using SEM*. (Thèse de doctorat, Université du Texas du Nord). Repéré à https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc28454/m2/1/high_res_d/dissertation.pdf

Newland, R.P., Crnic, K.A., Cox, M.J. et Mills-Koonce, R. (2013). The family model stress and maternal psychological symptoms: mediated pathways from economic hardship to parenting. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 96-105. doi:10.1037/a0031112

O'Connor, T. G. (2002). Annotation: The 'effects' of parenting reconsidered: findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 555-572

Organisation mondiale de la santé. (1999). Rapport de la Consultation sur la Prévention de la Maltraitance de l'Enfant (Rapport no WHO/HSC/PVI/99.1). Genève, Suisse.

Paquette, F. (2014). Observatoire québécois sur la maltraitance envers les enfants. *Défi jeunesse*, 20(2), 18-24. Repéré à <http://repere2.sdm.qc.ca>

Patterson, G. R., Reid, J. B et Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys: A social interactional approach* (1^{re} éd., vol. 4). Eugene: Castalia.

Paulussen-Hoogeboom, M.C., Stams, G.J., Hermanns, J.M.A., Peetsman, T.T.D et van den Wittenboer, G.L.H. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *The Journal of Genetic Psychology*, 169(3), 209-226

Perret, P. et Faure, S. (2006). *Psychopathologie développementale du bébé et du jeune enfant* (1^{re} éd., vol. 1). Marseille : SOLAL

Perry, B.D. (2008). Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychopathology. Dans T.P. Beauchaine et S.P. Hinshaw (dir.), *Child and Adolescent Psychopathology* (1^{re} éd., vol. 1, p.93-128). Hoboken : John Wiley and Sons Inc.

Prinz, R.J. et Sanders M.R. (2007). Adopting a population-level approach to parenting and family support interventions. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 739-749.

Prinz, R.J., Sanders, M.R., Shapiro, C.J., Whitaker, D.J. et Lutzker, J.R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. triple P system population trial. *Prevention Science*, 10(1), 1-12.

Psychométrie à l'UdeS. (2017). Score T. Repéré à <https://psychometrie.espaceweb.usherbrooke.ca/score-t>

Putnam, S.P. et Rothbart, M.K. (2006). Development of short and very short forms of the children's behavior questionnaire. *Journal of Personality assessment*, 87(1), 102-112.

Pynoos, R.S., Steinberg, A.M. et Piacentini, J.C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1542-1554.

Quittner, A.L. et Glueckauf, R.L. (1990). Chronic parenting stress : Moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1266-1278.

Rascale, N. et Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 64(2), 97-118.

Rikhye, K., Tyrka, A.R., Kelly, M.M., Gagne G.G., Mello, A.F., Mello, M.F., ...Carpenter L.L. (2008). Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse & Neglect*, 32(1), 19-34. doi:10.1016/j.chiabu.2007.04.012

Rossmann, B.B.R., Bingham, R.D. et Emde, R.N. (1997). Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and parental violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1089-1097.

Rothbart, M.K. (1989). Temperament and development. Dans G.A. Kohnstamm, J.E. Bates et M.K. Rothbart (dir.), *Temperament in Childhood* (p.187-247). New York : Wiley.

Rothbart, M.K. (1991). Temperament, a developmental framework. Dans J. Strelau et A. Angleitner (dir.), *Explorations in Temperament : International Perspectives on Theory and Measurement*. (1^{re} éd., Vol. 1, p.61-73). London and New York : Plenum Press.

Rothbart, M.K. et Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. Dans M.E. Lamb, et A.L. Brown (dir.), *Advances in developmental psychology*. (Vol. 1, p. 37-86). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rothbart, M.K. et Gartstein, M.A. (2008). Temperament. Dans J.B. Benson et M.M. Haith (dir.), *Social and emotional development in infancy and early childhood* (1^{re} éd., vol. 1, p. 480-495). San Diego: Academic Press.

Rothbart, M.K., Ahadi, S.A., Hershey, K.L. et Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The children's behavior questionnaire. *Child Development*, 72(5), 1394-1408.

Rothbaum, F. et Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116(1), 55–74.

Rutter, M. (1983). Stress, coping, and development: Some issues and some questions. Dans M. Garnez et M. Rutter (dir), *Stress, Coping, and Development in Children* (1re éd., vol. 1, p.1-41). New York : McGraw-Hill Book Company.

Salari, R., Terreros, C. et Sarkadi, A. (2012). Parenting scale : Which version should we use? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 268-281.

Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.

Slagt, M., Semon Dubas, J., Dekovic, M. et van Aken, M.A.G. (2016). Differences in sensitivity to parenting depending on child temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1068-1110. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000061>

Sroufe, A.L. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9(2), 251-268. DOI 10.1007/s10862-012-9281-x

Stanberry, A.M. (1992). The efficacy of a head start educational program for parents identified as potential child abusers. Communication présentée au Children Under Six Annual Conference, Tulsa. Repéré à <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED351101.pdf>

Statistique Canada. (2017). *Enquête canadienne sur le revenu (2012-2017)*. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/faible-revenu/seuils_mfr_qcapi_.htm

Stolzfus Grady, J., Karraker, K. et Metzger, A. (2012). Shyness trajectories in slow-to-warm-up infants: Relations with child sex and maternal parenting. *Journal of Applied Development Psychology*, 33(2), 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.11.002>

Sykes, J.E. (2017). Child maltreatment and young children: Examining contributing factors and impacts of parenting programs. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 78(3-B(E)).

Taylor, Z.E., Conger, R.D. et Robins, R.W. (2015). Parenting practices and perceived social support: Longitudinal relations with the social competence of Mexican-origin children. *Journal of Latina/o Psychology*, 3(4), 193-208. <http://dx.doi.org/10.1037/lat0000038>

Telleen, S., Herzog, A. et Kilbane, T.L. (1989). Impact of a family support program on mother's social support and parenting stress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(3), 410-419.

Terr, L.C. (1991). Childhood traumas : An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.

Thomas, A., Chess, S., Birch, H. G., Hertzog, M. E., & Korn, S. (1963). *Behavioral individuality in early childhood*. New York: New York University

Tung, I., Norona, A.N., Lee, S.S., Langley, A.L et Waterman, J.M. (2018). Temperamental sensitivity to early maltreatment and later family cohesion for externalizing behaviors in youth adopted from foster care. *Child Abuse & Neglect*, 76, 149-159

Van Aken, C., Junger, M., Verhoeven, M. Van Aken, M.A.G. et Dekovic, M. (2007). The interactive effects of temperament and maternal parenting on toddler's externalizing behaviours. *Infant and Child Development*, 16(5), 553-572. DOI: 10.1002/icd.529

Van den Akker, A.L., Dekovic, M., Prinzie, P., et Asscher, J.J. (2010). Toddler's temperament profiles : Stability and relations to negative and positive parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(4), 485-495. DOI 10.1007/s10802-009-9379-0

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.

Veltman, M.W.M. et Browne, K.D. (2001). Three decades of child maltreatment research. *Trauma, violence & abuse*, 2(3), 215-239.

Volling, B.L. et Belsky, J. (1991). Multiple determinants of father involvement during infancy in dual-earner and single-earner families. *Journal of Marriage and Family*, 53(2), 461-474.

Widom, C.S, Weiler, B.L. et Cottler, L.B. (1999). Childhood victimization and drug abuse: a comparaisn of prospective and retrospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 867-880.

Xu, Y., Farver, J.M., et Zhang, Z. (2009). Temperament, harsh and indulgent parenting, and chinese children's proactive and reactive aggression. *Child Development*, 80(1), 244-258. DOI:[10.1111/j.1467-8624.2008.01257.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01257.x)

Yagmurlu, B., et Altan, O. (2010). Maternal socialization and child temperament as predictors of emotion regulation in Turkish preschoolers. *Infant and Child Development*, 19(3), 275-296. DOI: 10.1002/icd.646

Annexe A : Formulaire d'information et de consentement pour les parents



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

(Pour les parents)

Titre de la recherche : Parcours d'enfants en contexte d'adversité : étude sur les facteurs d'influence des trajectoires d'adaptation à l'âge scolaire.

Chercheuse principale: Nadia Desbiens, professeure titulaire, Université de Montréal

Co-chercheurs: George Tarabulsy, professeur titulaire, Université Laval; Marie-Hélène Gagné, professeure titulaire, Université Laval; Sophie Couture, chercheure d'établissement, Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal; Danielle Nadeau, chercheure d'établissement, Institut universitaire - CJC du CIUSSS de la Capitale-Nationale; Delphine Collin-Vezina, professeure titulaire, Université McGill; Martine Hébert, professeure titulaire, UQAM; Tristan Milot, professeur-chercheur, UQTR; Geneviève Paquette, professeure agrégée, Université de Sherbrooke.

Financement : Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH)

Bonjour,

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider.

1) EN QUOI CONSISTE CETTE RECHERCHE?

Ce projet s'intéresse au développement des enfants qui ont vécu une(des) situation(s) de vie difficile(s). Nous voulons comprendre quels facteurs influencent leur façon de s'adapter à l'école et dans la société après un signalement aux services de protection de la jeunesse.

2) SI JE M'IMPLIQUE DANS CETTE RECHERCHE, QUE SERAIT-IL CONCRÈTEMENT ATTENDU DE MOI?

Votre participation à cette recherche vous demandera :

- D'accepter que les services sociaux nous transmettent des informations vous concernant (par exemple, les raisons pour lesquelles la DPJ est impliquée dans

votre vie, des informations sur vous et votre enfant, les services que vous recevez dans le cadre du suivi de la DPJ...).

- Participer à trois entrevues (maintenant, dans 12 mois et dans 24 mois) avec des questions sur le comportement de votre enfant, sur votre relation avec lui ainsi que sur votre rôle de parent. Remplir le questionnaire vous demandera environ 75 minutes. Ces entrevues auront lieu au moment qui vous convient, à votre domicile.
- D'accepter que nous posions quelques questions à votre enfant (environ 45 minutes; à trois reprises : maintenant, dans 12 mois et dans 24 mois) concernant son comportement, ses pensées et sa façon de faire face à certaines situations. L'entretien avec votre enfant se déroulera simultanément au vôtre, c'est-à-dire que pendant que vous répondez aux questions, votre enfant sera dans une autre pièce avec une assistante de recherche et répondra aussi à des questions.
- D'accepter que nous demandions à l'enseignant de votre enfant de répondre à un questionnaire sur le comportement de votre enfant en classe et à l'école.

3) Y AURA-T-IL DES AVANTAGES POUR MOI À PARTICIPER À CETTE RECHERCHE?

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à cette recherche. Toutefois, votre participation contribuera à faire avancer les connaissances dans ce domaine, ce qui pourrait avoir des répercussions sur l'amélioration des services offerts aux jeunes ayant été exposés à une(des) situation(s) de vie difficile(s), à l'école et par le biais des services sociaux.

4) MA PARTICIPATION À CETTE RECHERCHE entraînera-ELLE POUR MOI DES RISQUES OU DES INCONVÉNIENTS?

Il se peut que les questions posées vous amènent à aborder certains problèmes que vous (ou votre enfant) vivez ou avez vécus et qui sont difficiles pour vous. Si vous ne vous sentez pas bien, n'hésitez pas à en parler avec le chercheur. Il pourra vous diriger vers votre intervenant ou des ressources appropriées.

Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire pour participer aux entretiens.

5) EST-CE QUE LES RENSEIGNEMENTS QUE JE DONNERAI SERONT CONFIDENTIELS?

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche. Les membres de l'équipe de recherche doivent signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos

réponses à personne, même à votre intervenant. Les informations que vous donnerez ne seront pas mentionnées dans votre dossier au Centre Jeunesse.

Les renseignements seront conservés de manière sécuritaire par la chercheuse principale. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée, c'est à dire qu'il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi. Vos renseignements seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche.

Cependant, si vous dévoilez une situation qui compromet la sécurité ou le développement de votre enfant, les membres de l'équipe de recherche devront la signaler au directeur de la protection de la jeunesse afin que votre enfant et vous puissiez recevoir de l'aide.

Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Vous pouvez, vous aussi, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

6) EST-CE QUE JE POURRAI CONNAÎTRE LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE?

Il est possible que les résultats généraux obtenus dans le cadre de cette recherche soient publiés ou diffusés, mais aucune information personnelle ne pourra être révélée. Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir de l'information sur l'avancement des travaux ou sur les résultats généraux de la recherche. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse où nous pourrions vous le faire parvenir :

7) EST-CE QUE JE RECEVRAI UNE COMPENSATION POUR MA PARTICIPATION À CETTE RECHERCHE?

Après chacune des rencontres (3), vous recevrez 20\$ en carte-cadeau échangeable dans une épicerie, une pharmacie ou autre commerce. Votre enfant recevra également une petite surprise (valeur d'environ 2\$) pour sa participation.

8) EST-CE QUE JE SUIS OBLIGÉ DE PARTICIPER À LA RECHERCHE OU D'Y PARTICIPER JUSQU'À LA FIN?

Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier, et sans que cela nuise aux relations avec les intervenants et autres professionnels impliqués au Centre jeunesse de Québec – Institut Universitaire ou au Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire. Votre décision de participer ou de ne pas participer n'aura aucun impact sur les services reçus et ne sera d'ailleurs pas mentionnée dans votre dossier.

De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront alors conservés.

Le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche s'il pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

9) SI J'AI BESOIN DE PLUS D'INFORMATION AVANT DE ME DÉCIDER OU TOUT AU LONG DE LA RECHERCHE, QUI POURRAI-JE CONTACTER?

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Nadia Desbiens, chercheuse principale, au 514-343-7436 (Montréal) ou George Tarabulsy, co-chercheur principal, au 418-656-2131 poste 4252 (Québec). Veuillez noter que les appels à frais virés sont acceptés.

9.1. Formulation d'une plainte : Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale au numéro sans frais suivant : 1-844-691-0762.

10) CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits et ne libère ni les chercheurs ni le Centre jeunesse et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je sais que je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

À la lecture des éléments mentionnés ci-dessus, j'accepte de participer à cette recherche	OUI	NON
---	-----	-----

J'accepte que des renseignements me concernant soient communiqués à l'équipe de recherche (par exemple, numéro d'utilisateur , données sociodémographiques et socioéconomiques, les raisons pour lesquelles la DPJ est impliquée dans ma vie, les services que je reçois dans le cadre du suivi de la DPJ...).	OUI	NON
---	-----	-----

J'accepte de participer aux 3 entretiens prévus dans le cadre de la recherche	OUI	NON
---	-----	-----

J'accepte que mon enfant réponde aux questions de l'équipe de recherche, après que mon enfant ait donné son assentiment.	OUI	NON
--	-----	-----

Je comprends que mon enfant répondra aux questions en même temps que moi, mais dans une autre pièce.	OUI	NON
--	-----	-----

Je comprends qu'on ne me dira pas les réponses que mon enfant a données aux questions.	OUI	NON
--	-----	-----

J'accepte que l'enseignant de mon enfant soit contacté pour participer à l'étude École (indiquer la commission scolaire) fréquentée actuellement par l'enfant :	OUI	NON
---	-----	-----

Nom de l'enseignant titulaire : _____

Noms des enseignants (autres) :

Afin de faciliter le suivi de ma participation à ce projet, j'accepte que l'équipe de recherche utilise les moyens suivants pour me contacter :

• Messagerie texte au numéro suivant : _____	OUI	NON
--	-----	-----

• Courriel à l'adresse suivante : _____	OUI	NON
---	-----	-----

• Facebook (messages privés); identifiant : _____	OUI	NON
---	-----	-----

- Personnes contacts dans mon entourage : OUI NON

Advenant le cas où mon enfant serait placé en milieu substitut pendant l'étude, j'accepte que les responsables de ce milieu soient contactés pour participer à l'étude OUI NON

Si l'équipe de recherche ne parvient pas à me joindre malgré tous ces moyens, je l'autorise à contacter les services sociaux afin d'obtenir mes coordonnées OUI NON

Nom du participant

Signature

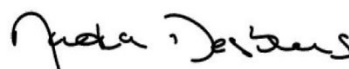
Date

Nom de l'enfant:

11) DÉCLARATION DE LA CHERCHEURE

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nadia Desbiens, chercheure principale
Date



Signature du chercheur

L'original du formulaire sera conservé sous clé à l'Université de Montréal et une copie signée sera remise au participant.

- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CER du CJQ-IU le: 5 octobre 2017 (No de dossier : MP-CJQ-IU-17-005)
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CÉRAS de l'UdeM le: 15 novembre 2017 (No de certificat CERAS-2017-18-196-D)
- Date de la version du présent formulaire : 14 novembre 2017

Annexe B : Formulaire d'assentiment de l'enfant

FORMULAIRE D'ASSENTIMENT DE L'ENFANT

PARCOURS D'ENFANTS EN CONTEXTE D'ADVERSITÉ : ÉTUDE SUR LES FACTEURS D'INFLUENCE DES TRAJECTOIRES D'ADAPTATION À L'ÂGE SCOLAIRE

Tes parents ont accepté que tu participes à un projet que je vais t'expliquer rapidement. Si tu ne comprends pas certains mots ou si tu as des questions, n'hésite pas à me le dire. C'est important que tu comprennes bien le projet auquel je te propose de participer.

Le projet « Parcours d'enfants en contexte d'adversité » s'intéresse aux enfants qui vivent parfois des situations difficiles. On veut essayer de mieux les comprendre pour arriver à mieux les aider. Si tu acceptes de participer, nous te demanderons aujourd'hui et à deux (2) autres reprises (soit l'année prochaine et dans deux ans), de répondre à des questions. Une personne (moi ou une autre personne de mon équipe) viendra chez toi pour te poser des questions sur ta vie à l'école et dans ta famille. Répondre aux questions prendra environ 45 minutes. Quelques questions porteront sur ta famille, d'autres sur ton comportement et sur comment tu te sens. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce n'est pas un examen!

C'est possible que les questions que l'on te posera te rappellent certains problèmes que tu vis ou as vécu et ça peut être difficile. Si tu ne te sens pas bien, dis-le à la personne qui pose les questions (moi ou une personne de mon équipe). Tu as le droit de ne pas répondre à certaines questions si tu n'en as pas envie.

Toutes les informations que tu me donneras seront confidentielles, c'est-à-dire que je ne les dirai pas à quelqu'un d'autre. Je ne mettrai pas non plus ton nom sur les questionnaires, mais bien un numéro, ce qui fait que personne à part moi ou une autre personne de mon équipe ne pourra savoir qui a répondu. Tu peux donc me dire franchement ce que tu penses quand tu réponds aux questions que je te pose. Il est important que tu saches que tu as le droit de refuser de participer, tu peux me dire non et il n'y aura pas de conséquences.

ASSENTIMENT DU JEUNE

Acceptes-tu de participer à cette étude?

L'enfant a donné son assentiment verbal : *oui* *non*

Assentiment écrit :

J'accepte de participer à l'étude

Oui *Non*

Nom _____ du _____ jeune _____ (en _____ lettres
moulées) : _____

Signature du jeune: _____

Date : _____

Annexe C : Histogrammes et graphiques

Histogrammes venant du questionnaire sur les pratiques parentales (Parenting Scale)

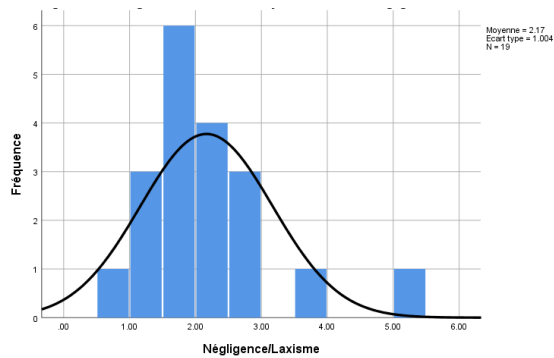


Figure 1 : Histogramme des scores de l'échelle
Négligence/Laxisme

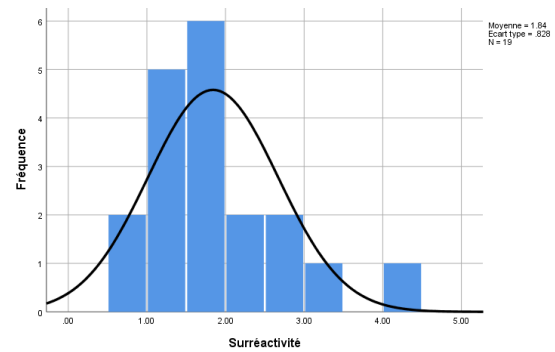


Figure 2 : Histogramme des scores de l'échelle
Surréactivité

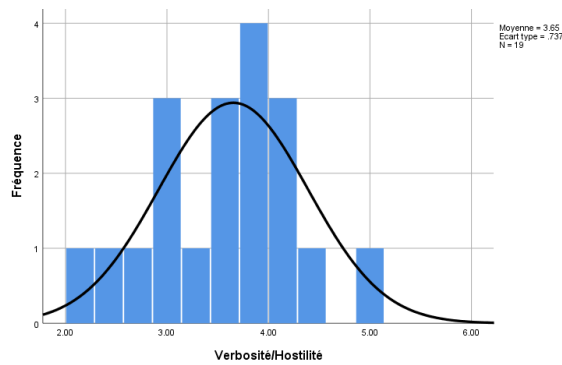


Figure 3 : Histogramme des scores de l'échelle
Verbosité/Hostilité

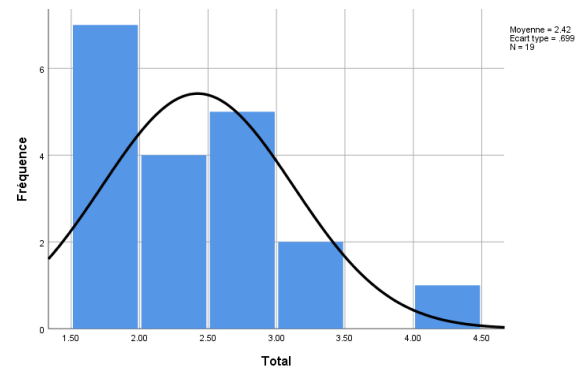


Figure 4 : Histogramme du total des scores du
questionnaire

Histogrammes venant du questionnaire sur les symptômes traumatiques (Trauma Symptom Checklist for Young Children)

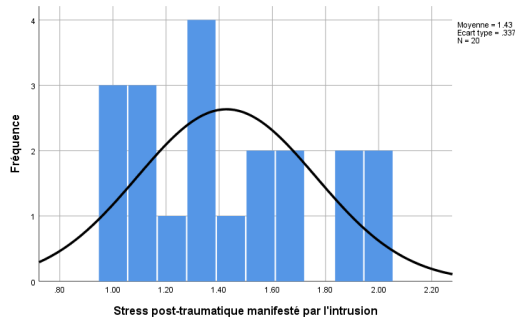


Figure 5 : Histogramme des scores de l'échelle
intrusion

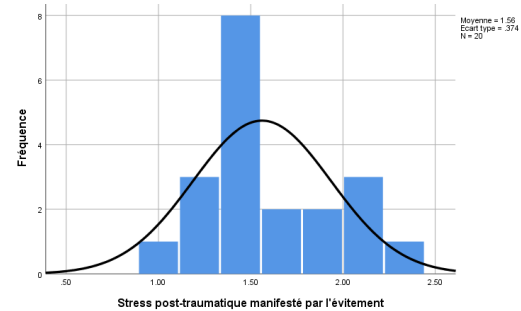


Figure 6 : Histogramme des scores de l'échelle
évitement

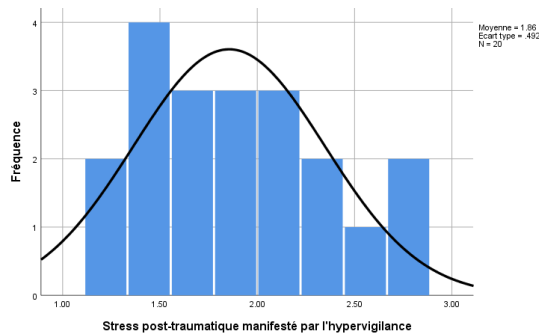


Figure 7 : Histogramme des scores de l'échelle
hypervigilance

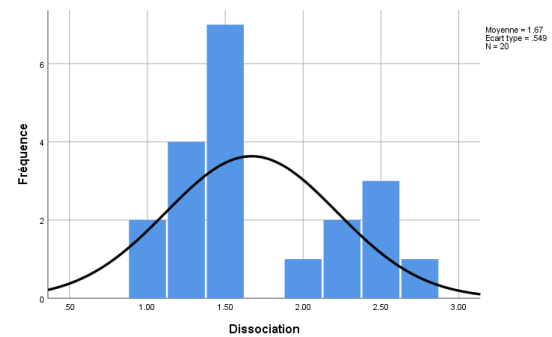


Figure 8 : Histogramme des scores de l'échelle
dissociation

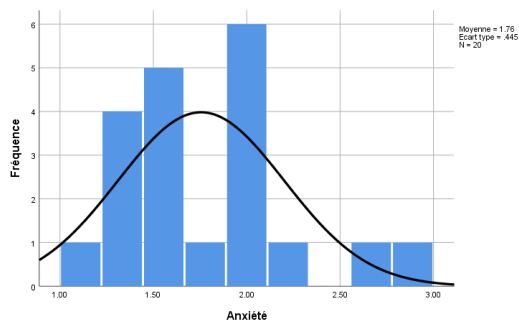


Figure 9 : Histogramme des scores de l'échelle
anxiété

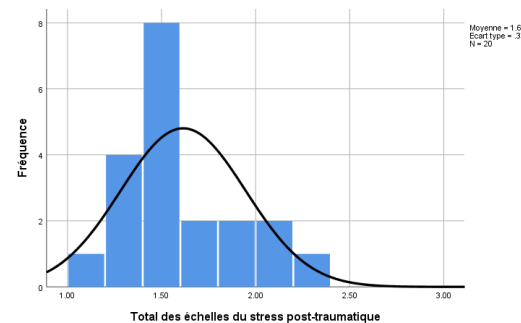


Figure 10 : Histogramme du total des scores des
sous-échelles du stress post-traumatique

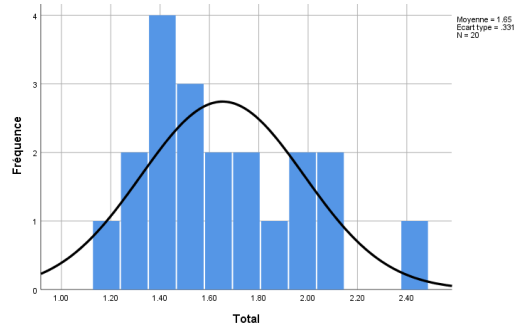


Figure 11 : Histogramme du total des scores du questionnaire

Histogrammes venant du questionnaire sur le tempérament (Children Behavior Questionnaire – Very Short Form)

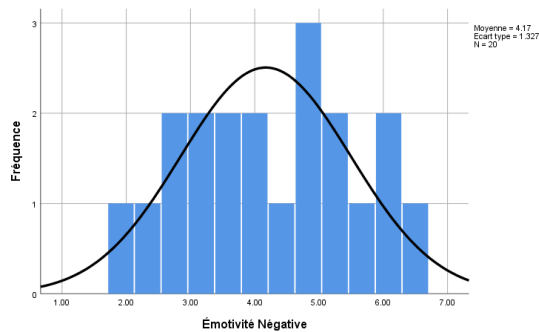


Figure 12 : Histogramme des scores de l'échelle
Émotivité Négative

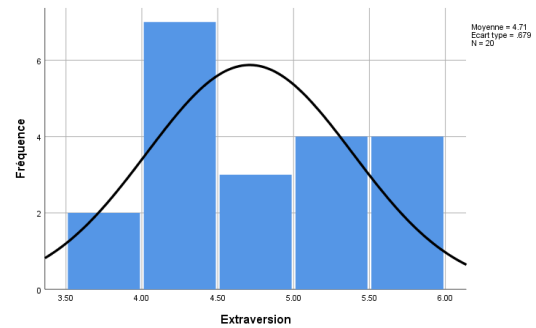


Figure 13 : Histogramme des scores de l'échelle
Extraversion

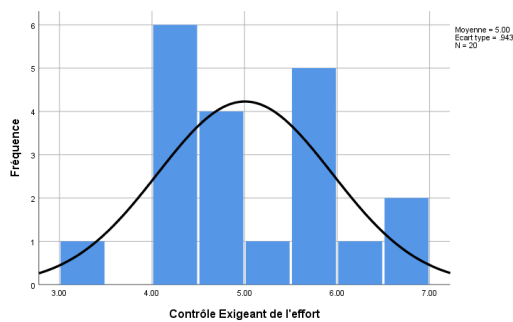


Figure 14 : Histogramme des scores de l'échelle
Contrôle exigeant de l'effort

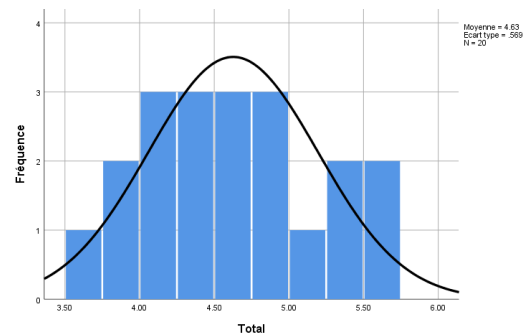


Figure 15 : Histogramme du total des scores du
questionnaire

Histogrammes et graphiques prouvant le respect des postulats de la régression linéaire multiple

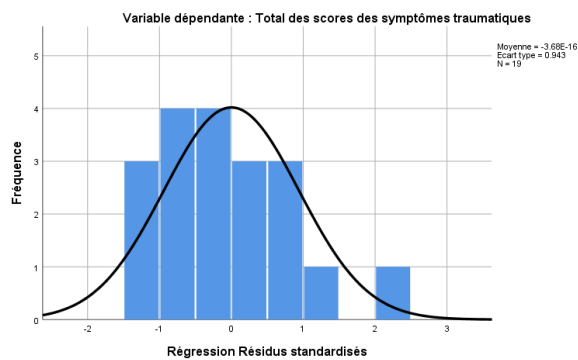


Figure 16 : Histogramme des résidus standardisés

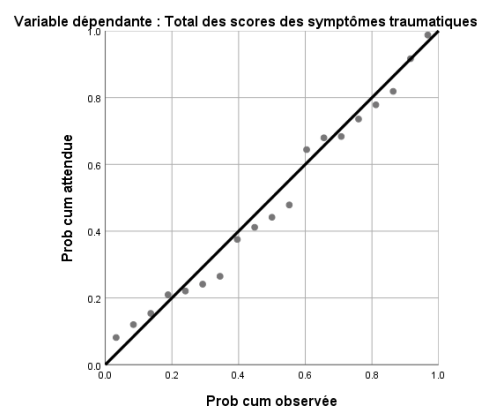


Figure 17 : Tracé P-P normal de régression des résidus standardisés

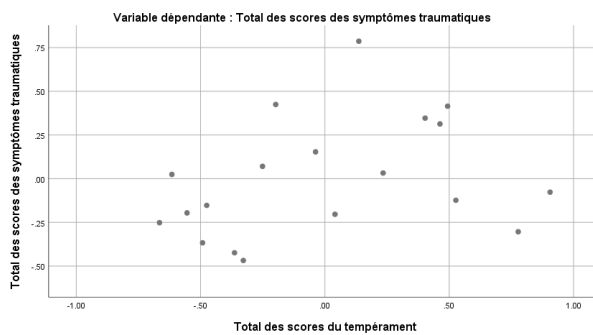


Figure 18 : Tracé de régression partielle A

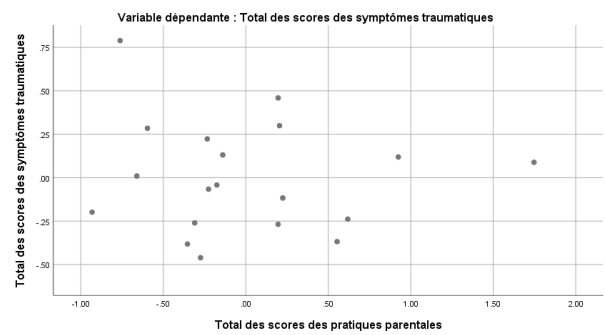


Figure 19 : Tracé de régression partielle B

Annexe D : Tableaux et graphiques des régressions linéaires simples significatives

Tableau I : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'émotivité négative et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'intrusion.

Variables	R	R-deux					
Émotivité Négative	0,206	0,043					
Intrusion							
	Somme des carrés	F	Sig.				
Régression	0,0902	0,800	0,383				
	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité				
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,209	4,730	0,000	0,672	1,746		
Émotivité Négative	0,052	0,895	0,383	-0,071	0,175	1,000	1,000

Tableau II : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'émotivité négative et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'évitement.

Variables	R	R-deux
Émotivité Négative	0,359	0,129
Évitement		

	Somme des carrés	F	Sig.
Régression	0,341	2,658	0,120

	Intervalle de confiance à 95% pour B					Statistiques de colinéarité	
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,140	4,211	0,001	0,571	1,708		
Émotivité Négative	0,101	1,630	0,120	-0,029	0,231	1,000	1,000

Tableau III : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'émotivité négative et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'hypervigilance

Variables	R		R-deux				
Émotivité Négative	0,404		0,163				
Hypervigilance							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,751		3,518	0,077			
	Intervalle de confiance à 95% pour B					Statistiques de colinéarité	
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,230	3,526	0,002	0,497	1,964		
Émotivité Négative	0,150	1,876	0,077	-0,018	0,318	1,000	1,000

Tableau IV : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'émotivité négative et le total des échelles du stress post-traumatique

Variables			R	R-deux			
Émotivité Négative			0,404	0,163			
Échelles	stress	post-traumatique					

Tableau V : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'extraversion et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'intrusion

Variables	R		R-deux				
Extraversion	0,405		0,164				
Intrusion							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,354		3,535	0,076			
	Intervalle de confiance à 95% pour B				Statistiques de colinéarité		
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	2,374	4,671	0,000	1,306	3,442		
Extraversion	-0,201	-1,880	0,076	-0,425	0,024	1,000	1,000

Tableau VI : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'extraversion et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'hypervigilance

Variables	R		R-deux				
Extraversion	0,169		0,028				
Hypervigilance							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,131		0,528	0,477			
	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité				
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	2,431	3,038	0,007	0,750	4,112		
Extraversion	-0,122	-0,727	0,477	-0,477	0,231	1,000	1,000

Tableau VII : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'extraversion et l'échelle de la dissociation

Variables	R		R-deux				
Extraversion	0,055		0,003				
Dissociation							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,017		0,055	0,817			
	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité				
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,459	1,612	0,124	-0,443	3,360		
Extraversion	0,045	0,234	0,817	-0,355	0,444	1,000	1,000

Tableau VIII : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'extraversion et l'échelle de l'anxiété

Variables	R	R-deux					
Extraversion	0,200	0,040					
Anxiété							
	Somme des carrés	F	Sig.				
Régression	0,150	0,746	0,399				
	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité				
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	2,372	3,293	0,004	0,858	3,885		
Extraversion	-0,131	-0,864	0,399	-0,449	0,187	1,000	1,000

Tableau IX : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'extraversion et le total des échelles du stress post-traumatique

Variables			R	R-deux			
Extraversion			0,408	0,166			
Échelles	stress	post-traumatique					
			Somme des carrés	F	Sig.		
Régression			0,349	3,593	0,074		
			Intervalle de confiance à 95% pour B			Statistiques de colinéarité	
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	2,555	5,102	0,000	1,503	3,607		
Extraversion	-0,200	-1,896	0,074	-0,421	0,022	1,000	1,000

Tableau X : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle de l'extraversion et le total des scores des symptômes traumatiques

Variables	R		R-deux				
Extraversion	0,290		0,084				
Symptômes traumatiques							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,174		1,650	0,215			
	Intervalle de confiance à 95% pour B				Statistiques de colinéarité		
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	2,318	4,436	0,000	1,220	3,416		
Extraversion	-0,141	-1,284	0,215	-0,372	0,090	1,000	1,000

Tableau XI : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle du Contrôle Exigeant de l'effort et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'intrusion

Variables		R		R-deux	
Contrôle Exigeant de l'effort		0,256		0,066	
Intrusion					

Tableau XII : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle du Contrôle Exigeant de l'effort et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'évitement

Variables	R		R-deux				
Contrôle Exigeant de l'effort	0,372		0,138				
Évitement							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,367		2,888	0,106			
	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité				
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	0,824	1,869	0,078	-0,102	1,751		
Contrôle Exigeant de l'effort	0,147	1,699	0,106	-0,035	0,329	1,000	1,000

Tableau XIII : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle du Contrôle Exigeant de l'effort et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'hypervigilance

Variables	R	R-deux
Contrôle Exigeant de l’effort	0,142	0,020
Hypervigilance		
</		

Tableau XIV : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle du Contrôle Exigeant de l'effort et l'échelle de la dissociation

Variables	R	R-deux
Contrôle Exigeant de l’effort	0,064	0,004
Dissociation		

	Somme des carrés	F	Sig.
Régression	0,023	0,074	0,789

	Intervalle de confiance à 95% pour B					Statistiques de colinéarité	
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,854	2,663	0,016	0,391	3,318		
Contrôle Exigeant de l’effort	-0,037	-0,271	0,789	-0,325	0,250	1,000	1,000

du Contrôle Exigeant de l'effort et l'échelle de l'anxiété

Variables	R		R-deux				
Contrôle Exigeant de l'effort	0,008		0,000				
Anxiété							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,000		0,001	0,974			
			Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité		
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,774	3,134	0,006	0,585	2,963		
Contrôle Exigeant de l'effort	-0,004	-0,033	0,974	-0,237	0,230	1,000	1,000

Tableau XVI : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle du Contrôle Exigeant de l'effort et le total des échelles du stress post-traumatique

Variables			R	R-deux			
Contrôle Exigeant de l'effort			0,156	0,024			
Échelles	stress	post-traumatique					
Somme des carrés			F	Sig.			
Régression			0,051	0,447	0,512		
			Intervalle de confiance à 95% pour B			Statistiques de colinéarité	
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,340	3,214	0,005	0,464	2,217		
Contrôle Exigeant de l'effort	0,055	0,669	0,512	-0,117	0,227	1,000	1,000

Tableau XVII : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre l'échelle du Contrôle Exigeant de l'effort et le total des scores des symptômes traumatiques

Variables	R	R-deux					
Contrôle Exigeant de l'effort	0,075	0,006					
Symptômes traumatiques							
	Somme des carrés	F	Sig.				
Régression	0,012	0,101	0,755				
	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité				
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,523	3,632	0,002	0,642	2,403		
Contrôle Exigeant de l'effort	0,026	0,317	0,755	-0,147	0,199	1,000	1,000

Tableau XVIII : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre le total des scores du tempérament et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'intrusion

Variables	R		R-deux				
Tempérament	0,137		0,019				
Intrusion							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,040		0,343	0,565			
			Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité		
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,053	1,635	0,119	-0,300	2,407		
Tempérament	0,081	0,586	0,565	-0,209	0,371	1,000	1,000

Tableau XIX : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre le total des scores du tempérament et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'évitement

Variables	R	R-deux					
Tempérament	0,281	0,079					
Évitement							
	Somme des carrés	F	Sig.				
Régression	0,210	1,547	0,229				
	Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité				
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	0,706	1,019	0,322	-0,749	2,161		
Tempérament	0,185	1,244	0,229	-0,127	0,497	1,000	1,000

Tableau XX : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre le total des scores du tempérament et l'échelle du stress post-traumatique manifesté par l'hypervigilance

Variables	R		R-deux				
Tempérament	0,166		0,028				
Hypervigilance							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,126		0,509	0,485			
	Intervalle de confiance à 95% pour B					Statistiques de colinéarité	
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	1,192	1,273	0,219	-0,775	3,159		
Tempérament	0,143	0,714	0,485	-0,279	0,566	1,000	1,000

Tableau XXI : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre le total des scores du tempérament et l'échelle de la dissociation

Variables	R		R-deux				
Tempérament	0,343		0,118				
Dissociation							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,673		2,398	0,139			
	Intervalle de confiance à 95% pour B					Statistiques de colinéarité	
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	0,137	0,138	0,892	-1,955	2,230		
Tempérament	0,331	1,549	0,139	-0,118	0,780	1,000	1,000

Tableau XXII : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre le total des scores du tempérament et l'échelle de l'anxiété

Variables	R		R-deux				
Tempérament	0,326		0,107				
Anxiété							
	Somme des carrés		F	Sig.			
Régression	0,401		2,146	0,160			
	Intervalle de confiance à 95% pour B				Statistiques de colinéarité		
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	0,573	0,705	0,490	-1,134	2,281		
Tempérament	0,256	1,465	0,160	-0,111	0,622	1,000	1,000

Tableau XXIII : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre le total des scores du tempérament et le total des échelles du stress post-traumatique

Variables			R		R-deux				
Tempérament			0,234		0,055				
Échelles	stress	post-traumatique							
			Somme des carrés		F		Sig.		
Régression			0,114		1,038		0,322		
			Intervalle de confiance à 95% pour B			Statistiques de colinéarité			
			B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante			0,984	1,577	0,132	-0,327	2,294		
Tempérament			0,136	1,019	0,322	-0,145	0,418	1,000	1,000

Tableau XXIV : Récapitulatif des modèles, ANOVA et Coefficients de la régression linéaire simple entre le total des scores du tempérament et le total des scores des symptômes traumatiques

Variables	R			R-deux			
Tempérament	0,337			0,114			
Symptômes traumatiques							
		Somme des carrés	F	Sig.			
Régression		0,237	2,311	0,146			
				Intervalle de confiance à 95% pour B		Statistiques de colinéarité	
	B	t	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure	Tolérance	VIF
Constante	0,746	1,241	0,231	-0,517	2,009		
Tempérament	0,196	1,520	0,146	-0,075	0,467	1,000	1,000